UNIVERSITÉ SCIENTIFIQUE ET MÉDICALE
DE GRENOBLE
FACULTÉ DE MÉDECINE

DOMAINE DE LA MERCI
LA TRONCHE

ANNÉE 1972

Nº D'ORDRE : 4u

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE ET AU TRAITEMENT CHIRURGICAL DES PROLAPSUS GÉNITAUX

(à propos de 200 observations)

THESE

présentée

à la Faculté de Médecine de GRENOBLE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE D'UNIVERSITÉ

par

Monsieur Joseph NTIBIHORWAMO
né à Buharo (Nkokwe) - République du ZAIRE

Soutenue publiquement le 15 Décembre 1972
devant la commission d'Examen

MM. les Professeurs R. CONTAMIN Président
R. LATREILLE
M. REVOL

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41544313_0031

UNIVERSITÉ SCIENTIFIQUE ET MÉDICALE
DE GRENOBLE
FACULTÉ DE MÉDECINE

DOMAINE DE LA MERCI
LA TRONCHE

ANNÉE 1972 Nº D'ORDRE :

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE ET AU TRAITEMENT CHIRURGICAL DES PROLAPSUS GÉNITAUX

(à propos de 200 observations)

THESE

présentée

à la Faculté de Médecine de GRENOBLE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE D'UNIVERSITÉ

par

Monsieur Joseph NTIBIHORWAMO
né à Buharo (Nkokwe) - République du ZAIRE

Soutenue publiquement le 15 Décembre 1972
devant la commission d'Examen

MM. les Professeurs R. CONTAMIN Président
R. LATREILLE
M. REVOL

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

UNIVERSITÉ SCIENTIFIQUE

MÉDICALE DE GRENOBLE

Médecine et pharmacie

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire Monsieur J. ROGET

Doyen Monsieur G. CABANEL

Assésseurs Messieurs J. LATURAZE
M. TANCHE

PROFESSEURS HONORAIRES

Mademoiselle R. BARRIER - Monsieur L. ABONNEC - Monsieur L. BERTHOUX

PROFESSEURS TITULAIRES

M.M.	ARNAUD	Georges	Clinique des maladies infectieuses (Pav. D)
	BARRIE	Joseph	Clinique Chirurgicale (Canel A)
	BONNET	J. Louis	Clinique Cphtalmologique
	BONNET-EYMARD	Joseph	Pathologie médicale (Pav. A)
	BOUCHERLE	André	Chimie et Toxicolcgie
	CABANEL	Guy	Clinique Rhumatologique et Hydrologique (Pav. Chissé A)
	CALAS	François	Anatomie (Pav. Latreille A)
	CARRAZ	Gilbert	Biologie animale et pharmacodynamie
	CAU	Gabriel	Médecine Légale et Toxicologie (Pav. Escoffier)
	CHARACHON	Robert	Clinique C.R.I.
	CHATEAU	Robert	Thérapeutique (Pav. Neuro-Psychiatrie)
	COEUR	André	Pharmacie Chimique et chimie analytique
	CONTAMIN	Robert	Clinique Gynécologique (Pav. Paul Gerin)
	COUDERC	Pierre	Anatomie Pathologique.
Mme	DEBELMAS	Anne Marie	Matière médicale
	DUGOIS	Pierre	Clinique de Dermatologie et syphiligraphie (Moidieu Derm)
	FAU	René	Clinique neuro-psychiatrique (Pav. Neuro-Psychiatrie)
	LACHARME	Jean	Biologie végétale
	LATURAZE	Jean	Biochimie pharmaceutique
	LEDRU	Jean	Clinique médicale B (Pav. Calmette Guérin)
	MALINAS	Yves	Clinique obstétricale (Pav. Maternité)
	MARTIN-NOEL	Pierre	Séméiologie médicale (Pav. Chissé B)
	MAZARE	Yves	Clinique Médicale A (Pav. D. Villars)
	MOURIQUAND	Claude	Histologie
	RINALDI	Renaud	Physique
	ROGET	Jean	Clinique de Pédriatie et Puériculture (Enfants MaladesI)
	SEIGNEURIN	Raymond	Microbiologie et hygiène
	TANCHE	Maurice	Physiolcgie
Mme	VERAIN	Alice	Pharmacie galènique
	VIGNAIX	Pierre	Biochimie médicale

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

M.M.	BEZES	Henri	Chirugie Générale (Hôpital Sud Echirolles)
	GEINDRE	Michel	Radio-diagnostic
	LATREILLE	René	Chirurgie Générale (Pav. Urgence)
	VERAIN	André	Physique

PROFESSEURS SANS CHAIRE

M.M.	BEAUDOING	André	Pédiatrie (Enfants E)
	GAVEND	Michel	Pharmacologie
	MULLER	J. Michel	Thérapeutique (Pav. Réanimation)
	REVOL	Michel	Urologie - IO, rue Villars GRENOBLE
	REYMOND	J. Charles	Chirurgie générale - I, rue de la Liberté GRENOBLE
	de ROUGEMONT	Jacques	Neuro-Chirurgie (Pav. Brenier)
	SARRAZIN	Roger	Anatomie (Pav. Latreille B)
	SIROT	Louis	Chirurgie générale (Pav. Brenier)

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mle	AGNIUS-DELORD	Claudine	Physique (Pharmacie)
	ALARY	Josette	Chimie analytique
M.M.	AMBLARD	Pierre	Dermatologie
	AMBROISE-THOMAS	Pierre	Parasitologie
Mme	BERIEL	Hélène	Pharmacodynamie
M.M.	BOUCHET	Yves	Anatomie (Stomatologie)
	BUTEL	Jean	Orthopédie (Hôpital Sud ECHIROLLES)
	CHAMBAZ	Edmond	Biochimie médicale (Hormonologie)
	CHAMPETIER	Jean	Anatomie et organogénèse (Pav. Canel A)
	COLOMB	Maurice	Biochimie médicale
	COULOMB	Max	Radiologie (Radio-diagnostic)
	CROUZET	Guy	Radiologie (Radio-diagnostic)
Mme	ETERADOSSI	Jacqueline	Physiologie
M.M.	FAURE	Jacques	Médecine Légale (Pav. Escoffier)
	GROULADE	Joseph	Biochimie médicale (Labo. Chimie)
	HOLLARD	Daniel	Hématologie (Pav. moidieu B)
	HUGONOT	Robert	Hygiène (Pav. C)
	JALBERT	Pierre	Histologie
	LUU-DUC	Cuong	Chimie organique
	MAGNIN	Robert	Hygiène et Médecine préventive
	MICOUD	Max	Maladies infectieuses (Pav. D. Villars)
	PARAMELLE	Bernard	Pneumologie (Pav. D)
	PERRET	Jean	Neurologie (Pav. Neuro-psychiatrie)
	PHELIP	Xavier	Rhumatologie (Pav. Chissé A)
	RACHAIL	Michel	Médecine interne (Pav. Calmette Guérin)
	RACINET	Claude	Gynécologie obstérique (Maternité)
Mme	RENAUDET	Jacqueline	Bactériologie
M.M.	STIEGLITZ	Paul	Anesthésiologie
	VOOG	Robert	Médecine interne (Pav. moidieu A)
	VROUSOS	Constantin	Radiologie (Radiothérapie)

A mon Père et à ma Mère :

L'exemple de votre vie, votre amour du travail sont pour moi un guide irremplaçable.

Vous avez consenti beaucoup de sacrifices à mon égard pour que j'arrive à ce jour.

Que ce travail soit le témoignage de ma reconnaissance et l'expression de mon affection filiale.

A mes Frères et Soeurs,
A mes Cousins,

en témoignage de mon affection fraternelle.

A mes Beaux Frères et Belles Soeurs,
A mes Oncles et Tantes,
A mes Neveux,
A tous les Miens,

en témoignage de mon affection.

A ma chère et regrettée Fiancée : Mademoiselle Jocelyne FARCETO,

En souvenir de ton affection.

Ma joie d'aujourd'hui est aussi aux dimensions de ma douleur de te savoir absente en ce jour.

A notre Maître et Président de Thèse,

Monsieur le Professeur Robert CONTAMIN
Professeur de Clinique Gynécologique,

Nous avons lors de notre stage dans son Service, eu l'occasion de bénéficier de son enseignement éclairé.

Nous sommes sensibles à l'honneur qu'il nous a fait en nous confiant ce travail et en acceptant de présider notre Jury de Thèse.

Qu'il veuille bien trouver ici le témoignage de notre profond respect et de notre grande reconnaissance.

A nos Juges :

A Monsieur le Professeur R. LATREILLE

Pendant toute la durée de nos études nous avons eu souvent l'occasion d'apprécier son enseignement et nous en bénéficierons encore lors des conférences du C.E.S. de Chirurgie.

Sa part dans notre estime est grande et nous le prions de bien vouloir accepter nos sincères remerciements et notre profond respect.

A Monsieur le Professeur M. REVOL

Il nous a accueilli avec courtoisie dans son Service pendant notre stage et nous a fait bénéficier de son enseignement.

Qu'il veuille bien accepter tous nos remerciements et le témoignage de notre profonde reconnaissance.

A mes Maîtres :

de l'Université Scientifique et Médicale (Mèdecine et Pharmacie) de GRENOBLE.

A mes Maîtres :

du Séminaire de HUNGONBE
du Séminaire de MUGERI
de la Grande Ecole de Mèdecine de KATANA
de l'Institut d'Enseignement Médical de KINSHASSA

Aux Instituteurs et Moniteurs de l'Ecole Primaire de RUGARI :

Révérend Frère Charles
Monsieur GAHERERI J.
Monsieur GATO B.
Monsieur KWISEKA J.
Monsieur SENDEGEYA P.

Pour l'enseignement et la formation reçus de leur part :

Qu'ils trouvent ici l'expression de ma sincère gratitude et de mon profond respect.

Au Docteur J. POUCEL, Chef de Service de Chirurgie de l'Hopital de Sallanches,

Vous nous avez permis de faire un stage profitable dans votre Service et de prendre nos premières responsabilités thérapeutiques. Grâce à votre grande expérience, nous avons pu améliorer nos connaissances et affermir notre pratique chirurgicale.

A présent, je me permets, Cher Maître, de vous exprimer ma profonde gratitude et mes remerciements les plus sincères.

Au Docteur G. TONNEL,

Auprès de vous ce fût toute une école.

Votre esprit critique, le souci de la certitude diagnostique et la minutie dans l'acte opératoire m'ont toujours inspiré la plus grande admiration.

De vous je tiens le plus bel exemple du respect du serment d'HIPPOCRATE.

Puissiez-vous trouver ici le témoignage de ma reconnaissance

Au Docteur DONCHE-GAY,

Nous avons pu apprécier vos qualités de chirurgien et nous avons bénéficié de votre expérience.

Veuillez trouver ici l'expression de notre reconnaissance.

Au Docteur AZZANO S., Anésthésiste - Réanimateur,

Vous m'avez initié à la réanimation dans laquelle votre compétence ne laisse pas de doute.

Mais ce n'est pas tout, de vous je tiens une grande amitié que j'emporterai avec moi dans mon lointain pays d'AFRIQUE.

Puissiez vous trouver ici le témoignage de mes remerciements.

Au Docteur R. MEINDRE, Chef du Service de Mèdecine de l'Hopital de Sallanches,

Au Docteur B. LAFFIN, Cardiologue attaché à l'Hopital de Sallanches,

Au Docteur P. CORNET, Chef du Service Pédiatrie de l'Hopital de Sallanches

Au Docteur KIFFER, Mèdecin Accoucheur de l'Hopital de Sallanches,

Au Docteur J. CHAMBAZ, Cardiologue,

Au Docteur G. BILDE, O.R.L.

Au Docteur FAIVRE O.R.L.

Pour tout l'enseignement pratique dont nous avons pu bénéficier,

Qu'ils trouvent ici le témoignage de notre reconnaissance.

A tout le Personnel de l'Hopital de SALLANCHES,
A la Clinique de l'Espérance et tout son Personnel,

Mes meilleurs souvenirs pour l'accueil et l'aide que chacun m'a apporté durant mon séjour à Sallanches et à Cluses.

Au Docteur P. BERNARD , Assistant Chef de Clinique,

Vous ne nous avez pas ménagé votre temps tout au long de cette étude.

Votre aide et votre inspiration ont été indispensables à la réalisation de ce travail.

Vous nous avez toujours reçu avec courtoisie et nous emporterons avec nous le souvenir de votre amitié.

Les mots sont insuffisants pour vous exprimer nos remerciements mais nous vous prions de trouver ici le témoignage de notre gratitude.

A la Clinique Gynécologique du C.H.U. de Grenoble,

A Madame la Directrice
A tout le Personnel,

Pour l'aide dont j'ai pu bénéficier pendant l'exécution de ce travail,

Qu'ils trouvent ici l'expression de mes remerciements les plus sincères.

A Monsieur Yves BENNETON

Vous ne m'avez pas épargné votre temps pour la correction de ce manuscrit.

L'aide que vous m'avez apportée pour terminer ce travail m'a été précieuse.

Mes remerciements et mes meilleurs souvenirs.

A mes Amis :

Monsieur NDESHYO O.
Monsieur NSHOMBO L.
Monsieur BAREBEREHO L.
Monsieur SEYANGA L.
Monsieur LUMU

et leur famille

Nos souvenirs, expression de notre attachement.

A mes Amis et Confrères,

Docteur BUHENDWA M.D.
Docteur KAMAHARI L.
Docteur KATSUVA B.
Docteur MASUMBUKO E.
Docteur MUKOSA-SENGE B.
Docteur MUHAMA D.
Docteur SENDEGEYA F.
Docteur NTIBINYURWA Th.

Nos meilleurs souvenirs, expression de notre attachement.

A mes Confrères Zairois de Grenoble,

Docteur GILESSA Z.
Docteur KEMBO D.
Docteur MULENDA E - in mémoriam
Docteur BEYA A.
Docteur KABENBA J.
Docteur KALONDJI Th.
Docteur KASONGA I.

A tous les Etudiants Zairois de Grenoble,

Mes sentiments amicaux.

A mon Pays, le ZAIRE

Pour mieux te servir je t'ai quitté momentanément pour compléter mes connaissances.

Aujourd'hui je suis prêt à servir tes citoyens.

HOMMAGE et RECONNAISSANCE,

- A la Nation Française et à son Gouvernement,

- A tout le Personnel du Centre International de Stage,

- A l'Université Française,

Pour l'accueil et les facilités accordées, nous permettant ainsi de poursuivre nos études dans de bonnes conditions.

Nous essaierons de rester des ambassadeurs dignes de votre Science à travers l'AFRIQUE.

P L A N DU T R A V A I L

I - INTRODUCTION

II - RAPPEL HISTORIQUE

III - RAPPEL ANATOMIQUE

- Système de sustentation supérieur
- Système de sustentation inférieur
- Hémi-gaines pré-rectales

IV - PHYSIOPATHOLOGIE ET ETIOPATHOGENIE

V - ETUDE CLINIQUE DES PROLAPSUS GENITAUX

- Interrogatoire
- Signes fonctionnels
- Examen clinique
- Examens complémentaires

VI - ETUDE DE NOS OBSERVATIONS

- Analyse des résultats

VII - THERAPEUTIQUE

- Moyens thérapeutiques
- Indications thérapeutiques

VIII - CONCLUSIONS

I N T R O D U C T I O N

L'étude du prolapsus génital ne peut aboutir qu'à la conclusion ultime qu'est son traitement. Celui-ci se fixe de retrouver une technique pouvant satisfaire aux conditions suivantes :

- Remettre en place et maintenir la vessie, c'est à dire traiter une cystocèle, c'est cela même la nécessité du temps antérieur vésico-vaginal.

- Maintenir l'utérus en position normale :

Lorsque le prolapsus atteint un certain stade, l'utérus devra être enlevé. C'est le but du temps moyen.

- Reconstituer une assise postérieure solide :

Temps postérieur toujours nécessaire, quelle que soit la nature du prolapsus. Cette reconstitution du périnée postérieur devra être faite, non par simple pose de un ou deux points sur l'anse des releveurs, mais par suture des différents éléments de la cloison recto-vaginale : hémi-gaines pré-rectales et releveurs : complétée par une colporraphie modérée.

Ainsi, dans l'esprit de vérification des résultats de cette technique, nous avons colligé 200 observations de prolapsus traités à la clinique gynécologique du C.H.U. de GRENOBLE, service du Professeur Robert CONTAMIN.

En effet, suite aux publications qui ont été faites depuis les quinze dernières années, on s'est toujours résolu à traiter les prolapsus génitaux par voie basse.

Cette voie a permis de traiter les patientes de tout âge, sans faire courir trop de risques opératoires aux plus agées et tarées. Enfin, il nous a semblé que cette technique du traitement serait d'un grand intérêt dans certains pays, comme le nôtre, où la chirurgie est encore à ses débuts, alors que dans certaines maternités, le débit des naissances journalier et, par conséquent, le traumatisme obstétrical, est au premier plan dans le monde.

H I S T O R I Q U E

Si le prolapsus génital est une affection aussi vieille que le monde, il n'en est pas de même de son traitement chirurgical et il a fallu attendre le XXe siècle pour le voir codifié.

Déjà au XVIe siècle, PARE, après SORANUS, avaient préconisé l'amputation du col et la réparation de la déchirure du périnée. Les premières tentatives chirurgicales apparaissent avec l'école de PADOUE qui préconise l'hystérectomie. MORGAGNI reconnaît, en 176I, au relâchement des ligaments larges, la genèse des prolapsus.

En 1822, SAUTERRE de CONSTANCE réalisa la première hystérectomie vaginale. Il procédait par une technique simple consistant à opérer par arrachement, sans pinces, ni ligatures.

En 1829, RECAMIER et LISFRANC avaient pratiqué quelques hystérectomies d'une façon moins primitive, en liant les pédicules vasculaires.

Cependant, la grande mortalité fittomber les interventions de RECAMIER dans l'oubli.

En 1878, CZERNY réalise la première hystérectomie vaginale dans des conditions de sécurité et d'aseptie convenables, plaçant ainsi la grande chirurgie d'exérèse par voie basse entre 1880 et 1900.

PEAN décrit alors la plupart des techniques et met au point d'ingénieuses méthodes de morcellement destinées à réduire le volume de certaines grosses tumeurs utérines.

La querelle des Vaginalistes et des Laparotomistes occupa pendant les dernières années du XIXe siècle les colonnes de la presse gynécologique. Elle se termina en FRANCE avec TERRIER par la victoire incontestée des Laparotomistes.

Cependant, l'école de BROCA avec POZZI et surtout MOCQUOT, sut maintenir en FRANCE les traditions de la chirurgie par les voies naturelles. En Autriche, HALBAN et TANDLER ainsi que les chirurgiens allemands étaient restés fidèles à la chirurgie vaginale.

Le traitement chirurgical des prolapsus a, en effet, suscité un nombre infini de recherches. WILLES, VELPEAU, ouvrent l'ère des périnéorraphies.

En 1876, LEFORT décrit le procédé de cloisonnement du vagin. RICHET, au congrès de I896, rejette l'hystérectomie vaginale.

Les techniques d'avivement sont d'abord les seules utilisées, auxquelles s'attachent les travaux de HEGAR, DOYEN et EMMET. Cependant, ces procédés cèdent rapidement la place aux techniques de dédoublement préconisées dès les années 1880 par LAWSON TAIT. Cette technique, comme nous le verrons, a été remise à l'honneur et toujours utilisée par l'école de gynécologie du Professeur CONTAMIN de Grenoble.

La description des plans de clivage des ligaments et des tissus conjonctifs péri-utérins fut précisée par de nombreux auteurs qui ont attaché leurs noms à des interventions de reconstitution bien réglées : CROSSEN, HALBAN, SHAUTA, ainsi que les chirurgiens de Manchester.

L'accent est mis, alors, sur l'importance des muscles releveurs, dont la myorraphie est particulièrement recommandée après l'acquisition essentielle du dédoublement anatomique (DUVAL - POZZI)

Les écoles germaniques et anglo-saxonnes, avec HALBAN, WERTHEIM, BRUN et MARTIN, appliquent ce procédé au périnée antérieur. WERTHEIM, SHAUTA, décrivent leur procédé d'interposition inter-vésico-vaginale de l'utérus en 1899.

Enfin, l'amputation du col, sur laquelle avait déjà insisté P.C. HUGUIER en 1838, fut mise en valeur par BOUILLY et LOEWY en 1902, LENORMANT et PETIT-DUTAILLIS en 1914, HALBAN le viennois ; enfin, les anglo-saxons, dont FOTHERGILL, définissent l'opération de Manchester en 1915. En effet, cette technique de MANCHESTER est l'aboutissement de toute une école dominée par DONALD qui, le premier, pratique cette opération en 1888. Le mérite de FOTHERGILL est qu'il l'a fait connaître en 1915 par ses nombreuses publications et les succès qu'il lui accorde jusqu'à 97 %. Mais, rapidement, le complexe BOUILLY est vite délaissé sous l'influence de SAVARIAUD. Ainsi, l'école française donna son nom à la triple opération à la WALTHER, érigée, en principe, sous l'influence de SAVARIAUD, au congrès de 1923 à Strasbourg. LABHARD décrit son procédé de colpectomie sub-totale la même année.

Le principe de l'hystérectomie associée, déjà pratiquée par POZZI et DOYEN, se perfectionne et se complique autour des années 1930 (CROSSEN, CAMBELL).

Elle est codifiée en FRANCE par BERGERET et ROUHIER, tandis que les pexies antérieures, louées par LEIBOWICI et VANOWITCH, sont sévèrement critiquées. Pendant la période de la dernière guerre, on voit l'orientation du traitement des prolapsus génitaux revenir sur la voie vaginale. ROUHIER décrit sa colpo-hystérectomie en 1940, tandis que CONILL propose une technique de fermeture vulvaire.

En 1951, le rapport sur les résultats de Manchester que HUNTER présente au congrès international jubillaire de la Société Gynécologique de langue française, remet en valeur cette technique et beaucoup d'auteurs reviennent sur la chirurgie par voie basse pure. MERGER et LEVY décrivent leur procédé type en 1953.

TARANTO expose dans "Le traitement intégral des fascias", une technique dont la prétention est de restaurer tous les éléments constituant les fascias endo-pelviens, affectés dans les prolapsus.

GREEN, MAXWELL et HUNTER, montrent la sécurité des résultats du Manchester à propos de six cents cas.

Tandis que PALMER met l'accent sur la nécessité d'une eupareunie et la conservation d'un vagin parfaitement fonctionnel dans la cure du prolapsus.

Il propose des techniques à faire dans les prolapsus extériorisés afin d'éviter les procédés d'oblitération vulvaire.

Enfin, MUSSET, dans la thèse de M. LAMY (1957), expose une variante de l'opération de Manchester et reprend, modifiée, l'interposition de SHIRODKAR déjà décrite en 1951.

CORDIER et THOYER ROZAT (1954), décrivent la technique de colpo-hystérectomie modifiée (POZZI - ROUHIER), en insistant sur la nécessité d'un accolement partiel de la vessie au rectum.

R. CONTAMIN, FERRIEUX, en 1958, grâce à la mise en évidence des hémi-gaines pré-rectales, présentent la première description de la périnéorraphie postérieure en deux plans, dans les grands délabrements du périnée postérieur.

MERGER et LEVY, en 1964, exposent leur conception uniciste et, avant tout, périnéo-vaginale, centrée sur la technique de FOTHERGILL légèrement modifiée.

Deux ans plus tard, (1966) R. CONTAMIN et FERRIEUX insistent sur l'intérêt de la colpo-hystérectomie avec cloisonnement transversal dans le traitement des gros prolapsus.

Parallèlement s'est répandue, sous l'influence de HUGUIER et SCALI, la pratique des promonto-pexies et la technique des grands hamacs de soutènement.

P. BERNARD, dans sa thèse en 1969, montre l'intérêt de la sutures des hémi-gaines pré-rectales, dans la reconstitution du périnée postérieur.

En 1970, l'étude anatomique des hémi-gaines pré-rectales est présentée par P. BERNARD au Congrès International d'Anatomie de Leningrad.

En 1972, dans une communication à la société de gynécologie, est donnée la première description de l'hystérectomie vaginale intra-fasciale avec reconstitution de la paroi vaginale postérieure par R. CONTAMIN et P. BERNARD.

R A P P E L A N A T O M I Q U E

Il a une grande importance, car c'est de l'observation de ses principes que les conditions physiologiques et la statique des viscères pelviens seront rétablies dans les suites de cure chirurgicale des prolapsus génitaux.

Nous rappelons brièvement, l'ensemble des éléments constituant le système de sustentation des organes pelviens, en insistant sur ceux dont la reconstitution parfaite rétablit la statique pelvienne.

L'utérus est en effet maintenu en place et en bonne position par un double système de sustentation. Un système supérieur dépendant du tissu fibro-conjonctif cloisonnant l'espace pelvi-sous-péritonéal : il émane du système fibro-cellulaire de la gaine de l'hypogastrique. L'inférieur est musculo-aponévrotique, essentiellement constitué par les muscles releveurs de l'anus. A ce double système de sustentation, supérieur et inférieur, s'ajoutent d'autres éléments : les fascias pré-cervical et rétro-cervical et les hémi-gaines pré-rectales.

A - Système supérieur de sustentation

Le système de sustentation supérieur fixe l'utérus au niveau de l'isthme et du col utérin. Il est réalisé par l'entrecroisement d'un plan sagittal et d'un plan transversal, formant la classique croix de ROCARD. Les ligaments ronds et larges n'ont qu'un rôle de maintien de l'orientation du fond de l'utérus.

a) Le plan sagittal, formé par le cheminement parallèle des ligaments utéro-sacrés, enserre à son passage l'isthme utérin, au niveau du torus-uterinus et se prolonge jusqu'au pubis par le fascia-sous-vésical d'HALBAN et ses renforcements latéraux forment les ligaments pubo-vésico-utérins.

Cette formation antéro-postérieure ou sacro-pubienne sépare la loge vésicale en dedans de la loge vasculaire en dehors. Pour FARABEUF, elle dépendrait de l'aponévrose pelvienne. ROUVIERE, puis CORDIER et CHATAIN, ont montré que la partie postérieure de cette lame sagittale, qui forme les ligaments utéro-sacrés, était constituée de deux parties difficilement dissociables.

- La partie interne, formée de fibres musculaires lisses, contenant de nombreuses veines.

- La partie externe, cellulo-fibreuse, dans laquelle chemine des filets nerveux, éléments du plexus hypogastrique.

Chacun de ses ligaments s'attache en arrière et de chaque côté des trois pièces sacrées moyennes. De cette insertion, il se dirige obliquement, en bas, et avant et en dedans, pour s'unir à la face postérieure du col utérin, au niveau du torus-uterinus.

Leur bord supérieur soulève le péritoine, divisant ainsi le Douglas en deux étages et le bord inférieur repose sur l'aponévrose pelvienne profonde, à laquelle il est intimement uni. Il forme ainsi un moyen puissant de fixité du col utérin.

- La partie inférieure ou lame sagittale antérieure de CUNEO est moins résistante et, en partie, vasculaire. Elle constitue les ligaments pubo-vésico-utérins de FARABEUF. Leur bord inférieur est accompagné par des fibres musculaires lisses émanant de la musculeuse de la vessie, formant les piliers antérieurs de la vessie.

b) Le plan transversal est constitué par les ligaments cardinaux ou de MACKENRODT, véritable soutien de la base des ligaments larges, s'étendant des vaisseaux hypogastriques aux bords latéraux du col utérin où ils s'inserrent en formant le pilier du col ou cervix formix de PFEILLER d'AMREICH.

Ce plan transversal est formé par un tissu dense, triangulaire, à base utéro-vaginale. La partie supérieure s'éffile en coin dans le ligament large et confine en bas à l'aponévrose pelvienne. Il s'agit d'une masse de texture aréolaire cloisonnée de tractus denses qui engainent les vaisseaux (ROBERT). C'est cette formation transversale épaisse, résistante et triangulaire qui constitue le ligament de MACKENRODT.

c) Les fascias d'HALBAN : le tissu fibro-cellulaire, constituant les ligaments utéro-sacrés et cardinaux semble se prolonger sur les faces antérieure et postérieure du col et du vagin. Il forme en avant, entre la vessie et le vagin, un fascia, mince sur la ligne médiane, plus épais sur le côté. HALBAN a décrit sa technique d'isolement par voie basse.

Actuellement, la réalité du fascia d'HALBAN ne peut être mise en doute. CORDIER, CHATAIN, CARROL, l'ont décrit et, plus récemment, BERNARD, comme une formation renforçant la face profonde du vagin.

Il occupe la face profonde du tiers supérieur du vagin et le cul-de-sac vaginal antérieur. Il apparaît comme un trapèze fibreux à grande base supérieure convexe en avant. La petite base inférieure est fixée sur la paroi antérieure du tiers supérieur du vagin et du cul-de-sac antérieur (BERNARD).

Selon HALBAN, le fascia est intervésico-vaginal et constitue un feuillet fibreux entre le détrusor urinae de SPIEGEL et la paroi musculaire du vagin.

fig.1

FIGURE 1 : SCHEMA d'ENSEMBLE DES FORMATIONS PERI-CERVICALES MUSCULOFIBREUSES

1 - col utérin
2 - ligament transversal du col
3 - centre ligamentaire
4 - ligaments utéro-sacrés
5 - hémi-gaines pré-rectales
6 - noyau fibreux central du périnée

d) Le fascia pré-cervical,

Le fascia pré-cervical de l'utérus est appliqué sur la face antérieure de l'isthme du col utérin, jusqu'à la jonction utéro-vaginale où il est en continuité avec le fascia inter-vésico-vaginal. Il est plus étendu et nettement mieux individualisable que le fascia rétro-cervical.

Il se présente,de face, comme une lame rectangulaire de quelques dizaines de millimètres de longueur. Sa largeur ne correspond pas aux dimensions transversales du col, car il comprend des prolongements latéraux.

Sa limite supérieure est à cinq à dix millimètres au dessus du cul-de-sac péritonéal vésico-utérin. Elle est bien visible sur la face antérieure de l'isthme après ouverture transversale du péritoine pré-utérin. Elle apparaît sous forme d'une ligne transversale et blanchâtre (P. BERNARD).

Sa limite inférieure est plus épaisse et située à la jonction de la lèvre antérieure du col et du vagin. Elle se poursuit à ce niveau avec le fascia vésico-vaginal (HAIMAN).

Plus difficile à délimiter latéralement, il ne contourne pas les bords latéraux de l'isthme et du col, mais se prolonge sous le péritoine du feuillet antérieur du ligament large. Son épaisseur se réduit progressivement et se termine au niveau des piliers externes de la vessie.

e) Le fascia rétro-cervical

Sa description est plus complexe en raison des conditions anatomiques différentes de celles rencontrées en avant de l'isthme et du col utérin (BERNARD).

En effet, les fibres musculaires lisses de la partie supérieure des ligaments utéro-sacrés s'entrecroisent pour former le torus utérinus en arrière de l'isthme utérin. De là, elles se prolongent dans la musculature latérale de l'isthme et du col.

A partir de cette limite supérieure, le fascia rétro-cervical descend, accolé à la face postérieure du col. Il se poursuit sur le cul-de-sac postérieur du vagin, pour rejoindre enfin, le très mince fascia vagino-rectal, (formant ainsi un trapèze à base inférieure).

ARCHITECTURE DU LIGAMENT TRANSVERSE DU COL DE L'UTERUS
VUES SUPERIEURE ET DE FACE

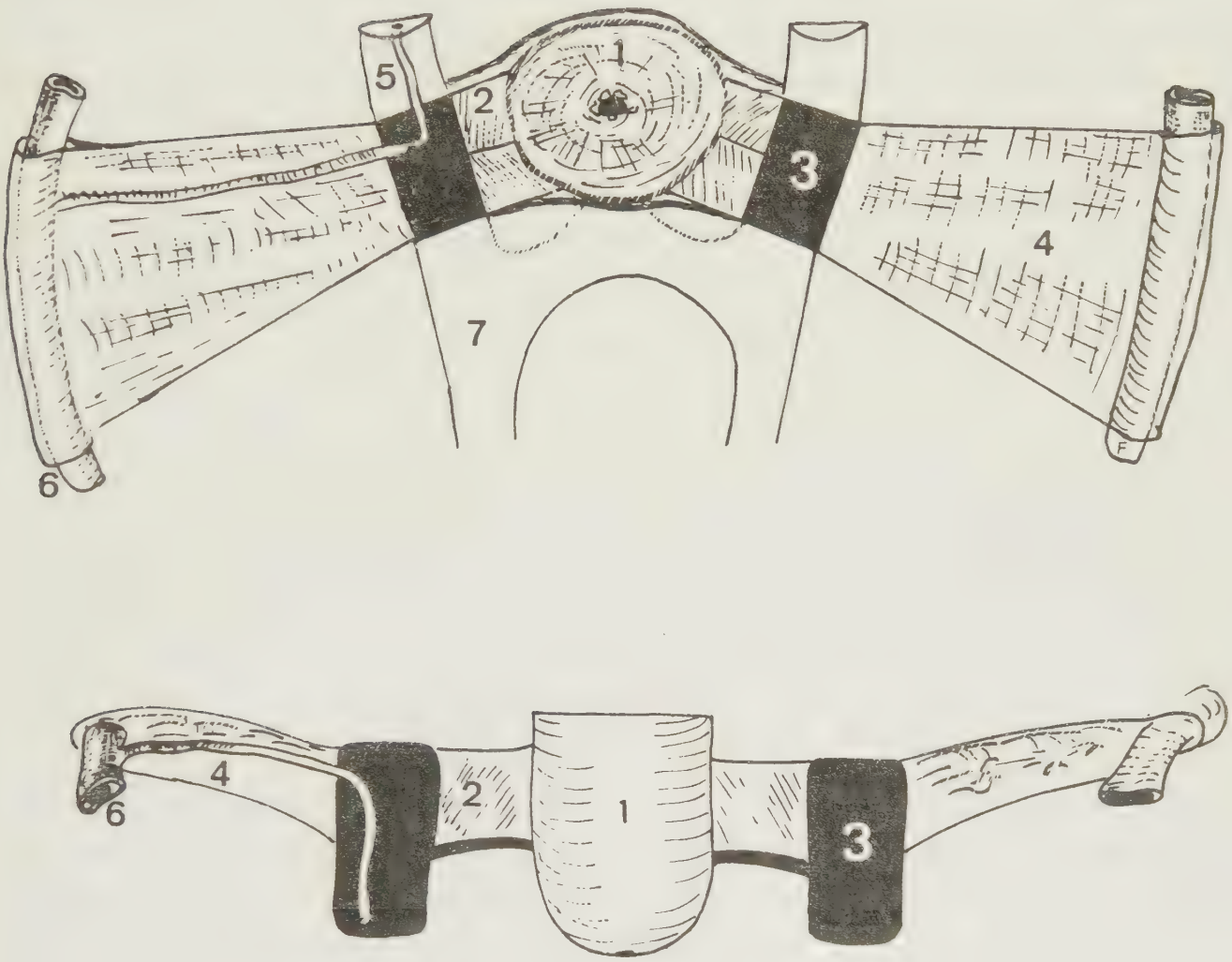


fig 2

1. - Col utérin.
2. - Pilier du col utérin.
3. - Centre ligamentaire.
4. - Pars nuda.
5. - Pilier externe de la vessie.
6. - Veine hypogastrique.
7. - Ligament utéro-sacré.

B - Le système de sustentation inférieur :

Le système de sustentation inférieur est constitué par l'intrication des muscles profonds et superficiels du périnée et des éléments émanant du muscle releveur de l'anus. Il est ainsi formé :

Un plan profond constitué par le muscle releveur de l'anus, principal élément, et l'aponévrose pelvienne profonde qui le recouvre.

Un plan superficiel constitué par les muscles superficiels du périnée, l'aponévrose pelvienne moyenne et l'éperon périnéal fibreux.

Le plan profond est essentiellement formé par les muscles releveurs, qui sont étalés en éventail, naissant de chaque côté de l'os iliaque et des muscles qui recouvrent sa face interne, pour converger ensuite vers le canal anal et le coccyx. Ils comprennent deux parties :

- une partie externe ou sphinctérienne,

- une partie interne ou élévatrice.

- La partie sphinctérienne ou pelvi-coccygienne de WINCKLER, s'insère à la face postérieure du pubis, à l'aponévrose obturatrice interne et à la face interne de l'épine sciatique. Ainsi, on lui distingue trois faisceaux :

- pubo-coccygien
- ilio-coccygien
- ischio-coccygien

L'aponévrose obturatrice présente le long de l'attache des fibres du releveur, un épaississement appelé : "Arcade tendineuse du releveur". A partir de cette arcade, les fibres tendineuses du releveur se confondent avec l'aponévrose obturatrice et remontent avec elle jusqu'à la ligne innominée.

Les faisceaux musculaires, minces, larges et presque horizontaux, se dirigent en arrière, en bas et en dedans pour se terminer sur les bords latéraux du coccyx. Leur entrecroisement en arrière de l'anus concoure à former le raphé ano-coccygien (TESTUT).

- La partie élévatrice, ou faisceau profond pubo-rectal de WINCKLER, unique et plus interne, s'insère en avant sur la face postérieure du pubis au dessus de l'insertion des fibres pubo-coccygiennes et sur les ligaments pubo-vésicaux. De cette insertion, les fibres musculaires se portent en arrière, presque verticales, et croisent les bords de la portion sphinctérienne, le vagin au niveau de son tiers moyen et l'urètre dont elles forment, selon DAVIES, le faisceau moyen de son sphincter strié. Elle se

termine à la face postérieure du tiers inférieur du vagin et, au noyau fibreux central du périnée.

Enfin, les fibres inférieures descendent, associées aux fibres longitudinales du rectum, pour former le septum anal inter-musculaire (WINCKLER, CORDIER) qui se termine à la peau de la marge de l'anus.

- Les muscles releveurs forment ainsi une véritable cuvette qui ferme, en bas, l'excavation pelvienne. Ils se continuent latéralement avec la partie supérieure des muscles obturateurs internes au dessus de l'arcus tendineus des releveurs et, en arrière avec le muscle ischio-coccygien.

Celui-ci forme une lame musculaire triangulaire qui s'insère à la face latérale des deux dernières pièces sacrées et des deux ou trois premières vertèbres coccygiennes. Ainsi est constitué le diaphragme pelvien principal de RIEFFEL, recouvert par l'aponévrose profonde ou pelvienne (J. PELLET). Celle-ci présente plusieurs épaississements au niveau de son bord externe. L'un au dessus de l'arcade tendineuse du releveur. (C'est l'arcade tendineuse de l'aponévrose pelvienne dont les extrémités donnent insertions à quelques fibres du faisceau ilio-coccygien du releveur).

Un renforcement longeant le bord antérieur de la grande échancrure sciatique (bandelette ischiatique - plica ischiata-), enfin, la bandelette spinoso-sacrée, renforcement longeant l'interstice entre le muscle coccygien d'une part, le piriforme et le plexus sacré d'autre part. Enfin, l'arcus tendineus fascia-pelvis.

Ce diaphragme, séparant l'espace pelvi-sous péritonéal au dessus, du périnée chirurgical situé en dessous des releveurs, forme le plan profond du périnée.

Le plan superficiel, constitué par le périnée chirurgical comprend un plan moyen formé essentiellement par le muscle transverse profond et le muscle sphinctérien de l'urètre.

Les deux muscles sont engainés par les deux feuillets de l'aponévrose moyenne du périnée. Celle-ci, triangulaire, occupe seulement la moitié antérieure, uro-génitale du périnée. Elle ferme vers le bas l'hiatus compris entre les deux muscles releveurs et dépasse de beaucoup latéralement ce hiatus puisqu'elle va s'insérer presque sur les branches ischio-pubiennes.

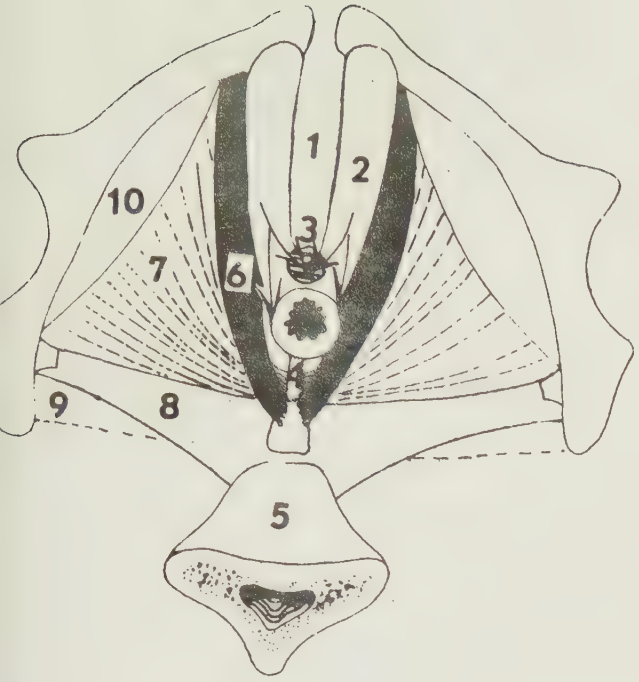


FIGURE 3

FIGURE 3

MUSCLES RELEVEURS DE L'ANUS, vue supérieure du détroit supérieur

1 - hiatus génitalis

2 - portion élévatrice,
. faisceau pubo pré-rectal
. faisceau pubo-latéro-rectal

3 - noyau fibreux central

4 - Raphé ano-coccygien

5 - sacrum

6 - portion sphinctérienne
faisceau pubo-coccygien

7 - faisceau iliaque

8 - faisceau sciatique

9 - faisceau ischiatique

10 - muscle obturateur interne

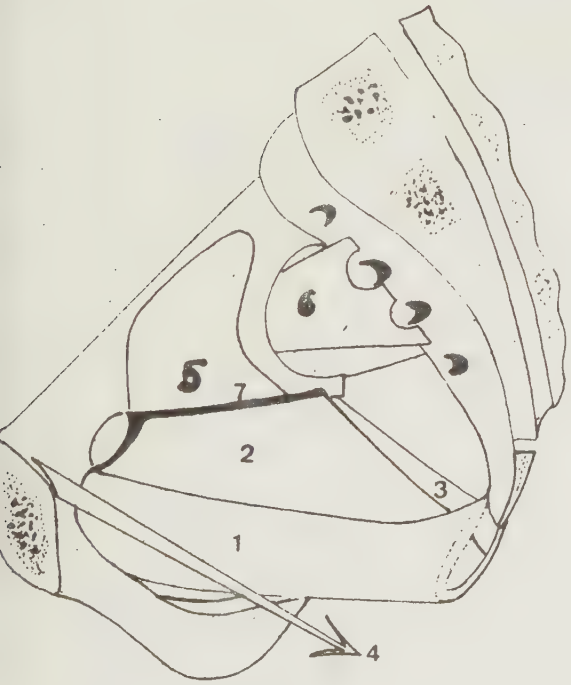


FIGURE 4

FIGURE 4

RELEVEUR DE l'ANUS. vue interne du plan sphinctérien.

1 - faisceau pubo-coccygien

2 - faisceau iliaque

3 - faisceau sciatique

4 - direction du faisceau élévateur

5 - muscle obturateur interne

6 - muscle pyramidal

7 - arcus muscularis

Enfin, un plan superficiel, formé par quatre paires de muscles symétriques dont l'insertion postérieure se fait au niveau du noyau fibreux central du périnée.

Ces muscles sont :

- le transverse superficiel
- l'ischio-caverneux
- le bulbo-caverneux
- le constricteur de la vulve
- le cinquième muscle est impair, c'est le sphincter du rectum.

Tous ces muscles sont recouverts par l'aponévrose superficielle du périnée. Elle s'étend du bord inférieur d'une branche ischio-pubienne à l'autre, le long de sa lèvre externe. En arrière, elle s'unit au noyau fibreux central du périnée sur la ligne médiane et, de chaque côté, elle se soude au feuillet inférieur de l'aponévrose moyenne après avoir contourné le bord postérieur du muscle transverse superficiel.

C - Les hémi-gaines pré-rectales et la cloison recto-vaginale

Les deux systèmes de sustentation sont solidarisés par des formations anatomiques constituées par un tissu fibro musculo-vasculaire. Ce sont des formations sagittales, solides et symétriques condensées entre les bords latéraux du vagin en avant et du rectum en arrière. Ces formations ont été nommées, par le Professeur CONTAMIN, Hémi-gaines pré-rectales.

Elles ont été étudiées et décrites bien longuement par BERNARD dans sa thèse, en étudiant la cloison recto-vaginale et les formations latérales du vagin.

Selon P. BERNARD, l'ensemble recto-vaginal, dans sa partie pelvienne, au dessus de la fente des releveurs, ne montre pas de formations transversales unissant entre eux vagin et rectum. Par contre, il trouve une lame fibreuse tapissant la musculeuse superficielle du vagin. Cette formation, plus épaisse chez la jeune femme, la fillette et beaucoup plus mince chez la femme ménopausée, est le fascia inter-recto-vaginal.

Ce fascia est en continuité en bas avec l'aponévrose pelvienne et, en haut, recouvrant le cul- de-sac postérieur vaginal, se continue avec le fascia rétro-cervical, en laissant derrière lui le cul-de-sac péritonéal de Douglas. Il s'agit donc d'une formation vaginale.

FIGURE 5

COUPE TRANSVERSALE PASSANT PAR LA REGION DU TRIGONE, MONTRANT LES DEUX FEUILLES DES HEMI-GAINES PRE-RECTALES

1 - pubis
2 - coccyx
3 - vessie
4 - aponévrose allantoïdienne
5 - fascia d'HALBAN
6 - musculeuse postérieure du vagin et fascia inter-vagino-rectal
7 - paracolpium
8 - lame vasculaire interne de l'hémi-gaine pré-rectale
9 - lame externe de l'hémi-gaine pré-rectale
10 - rectum
11 - lame présacrée

figure 5

Latéralement, le fascia inter-recto-vaginal est interrompu par des formations sagittales, tendues des bords latéraux du vagin en avant du rectum, aux parois aponévrotiques, en arrière. Ces formations constituent les hémi-gaines pré-rectales (CONTAMIN - BERNARD).

Elles sont constituées d'une part, d'un feuillet profond, contenant dans un dédoublement les branches terminales de l'artère hémorroïdale moyenne, tendu des bords latéraux du vagin à la face antérieure du rectum et d'un feuillet superficiel d'autre part, doublant, en dehors, le feuillet profond dont il partage les origines antérieures pour se terminer en dehors et en arrière sur l'aponévrose supérieure des releveurs, limitant, en dehors, l'espace pelvi-sous-péritonéal. Séparées dans leurs deux tiers supérieurs, elles se présentent sous une forme triangulaire de quatre à cinq centimètres de longueur.

Dans le tiers inférieur, immédiatement au dessus des releveurs, l'hémi-gaine est formée par une lame unique, épaisse, s'insérant sur le noyau fibreux central du périnée.

A partir de leur insertion périnéale, les hémi-gaines pré-rectales divergent vers leur terminaison supérieure au niveau du centre fibreux de la base du ligament large, en dessinant un V allongé, dont l'écartement des branches atteint finalement 25 à 30 millimètres sur les organes en place.

- Ainsi est constitué le double système de sustentation, qu'on peut résumer comme suit :

En s'insérant, en haut, au centre tendineux du ligament cardinal de MACKENRODT, entre le pilier du col de l'utérus en dedans et la pars nuda en dehors, et en bas sur l'aponévrose supérieure des releveurs, les hémi-gaines solidarisent les deux systèmes de sustentation.

- Un système d'amarrage supérieur, dont le point de fixité est réalisé par un entrecroisement d'un plan sagittal formé par le cheminement sensiblement parallèle des ligaments utéro-sacrés, ensérant à leur passage l'isthme utérin au niveau du torus utérinus, pour se prolonger en avant jusqu'au pubis, par le fascia sous vésical de HALBAN et ses renforcements formant les ligaments pubo-vésico-utérins.

Un plan transversal, constitué par les ligaments de MACKENRODT véritables éléments de soutien de la base du ligament large s'étendant des vaisseaux hypogastriques aux bords latéraux du col utérin, en formant le pilier du col.

Sur la face antérieure de l'isthme du col, le fascia pré-cervical, lame triangulaire de tissu fibreux, se prolongeant latéralement sous le péritoine du ligament large.

Enfin, le fascia rétro-cervical, en arrière de l'isthme utérin et sur la face postérieure du col et se continuant en bas par le fascia vagino-rectal.

- Un système de soutènement inférieur dont un plan profond ; moyen principal de soutènement est essentiellement formé par les faisceaux élévateurs des releveurs, déterminant une anse musculaire solide, qui, par sa seule tonicité, assure l'occlusion du vagin et le sous-tend. Cette anse laisse cependant, dans sa concavité, un hiatus qui constitue un point faible, la boutonnière uro-génitale ou Hiatus Génitalis.

Un plan superficiel, dont la partie rétro-commissurale puissante est constituée par le noyau fibreux central du périnée, véritable rendez-vous d'insertion de tous les muscles des plans moyen et superficiel du périnée et auquel aboutit l'aponévrose pelvienne.

La partie pré-commissurale de moindre résistance formant le plancher du tractus-uro-génital essentiellement formé par l'aponévrose moyenne dont la structure est discontinue aux points de passage de l'urètre et du vagin.

- Les hémi-gaines pré-rectales, formations sagittales solidarisent en bas, les deux systèmes de sustentation.

PHYSIOPATHOLOGIE et ETIOPATHOGENIE DES PROLAPSUS

I - ANATOMIE DYNAMIQUE

Il ressort de ce rappel anatomique que les viscères pelviens sont maintenus dans leur statique par un double système d'amarrage.

Il est ainsi aisé d'imaginer que tous les phénomènes atrophiques ou traumatiques conduisant à l'affaiblissement ou à la destruction de ce système, lequel assure la statique pelvienne normale, favorisent l'apparition des prolapsus génitaux.

BETHOUX, par l'étude des empreintes vaginales et l'exploration radiologique, a montré comment l'anatomie et la physiologie normales font obstacle au prolapsus. Selon BETHOUX, les empreintes vaginales montrent, au repos, une angulation à la jonction de la moitié supérieure et de la moitié inférieure du vagin qu'il appelle cap vaginal. Cette angulation s'accompagne d'un enroulement latéral à la moitié inférieure du vagin projetant les bords latéraux en haut, en avant, en dehors. Ces deux phénomènes s'accentuent à l'effort de retenir et disparaîssent à l'effort de pousser.

Etudiant le comportement cinétique, il conclut à une solidarité des viscères pelviens ; la vessie et le col utérin, le haut vagin et le bas rectum constituent un véritable "combiné viscéral" (figure 6). Ce combiné viscéral se déplace de haut en bas et d'avant en arrière. Le col vésical et le col utérin restant sensiblement à la même distance et à la même hauteur.

Le col vésical reste en dessus d'une horizontale passant par le bord inférieur de la symphyse pubienne ; le col utérin reste en dessus de celle menée de la pointe du coccyx, tout en évoluant en arrière d'une verticale passant par le sommet du cap anal.

L'utérus et la moitié supérieure du vagin se maintiennent plaqués contre le bord antérieur de l'image rectale, assurant le verrouillage du Douglas.

Ainsi, l'effort de poussée ne force pas l'utérus dans la direction du hiatus génital, mais vers le sacrum. En effet, l'utérus évolue en direction du périnée postérieur, un peu en avant du coccyx (RUBIN).

Enfin, il remarque que l'angle postérieur de la jonction urétro-vésicale de JEFFCOATE et ROBERTS, ou cap urétro-vésical de BETHOUX et SCALI, et le cap vaginal s'effacent à l'effort de poussée, tandis que se maintient le cap ano-rectal. Il conclut que ces deux coudures sont fonctionnelles et que les conditions stato-dynamiques des organes pelviens dépendent de deux systèmes d'amarrage.

Empreinte vaginale – *pendant l'effort de retenir.*

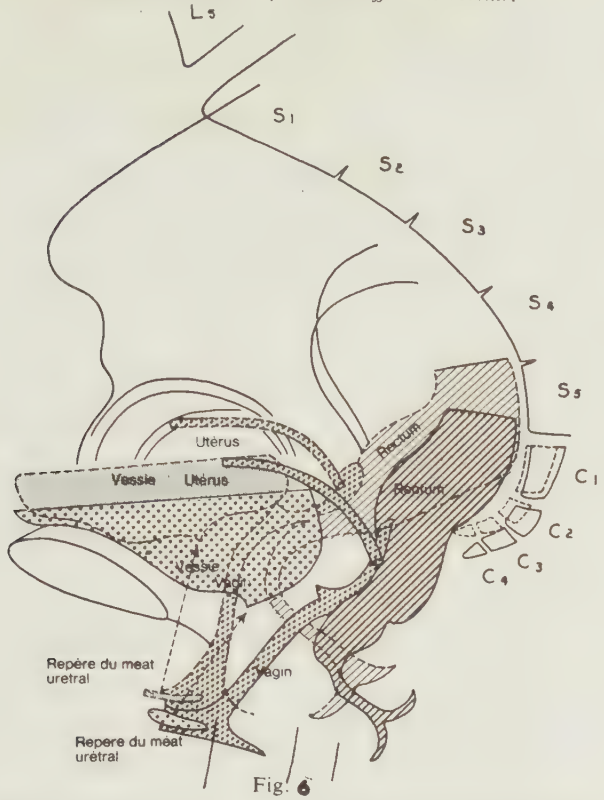


Fig. 6

Colpocystogramme normal : les flèches indiquent la direction générale de l'urètre.

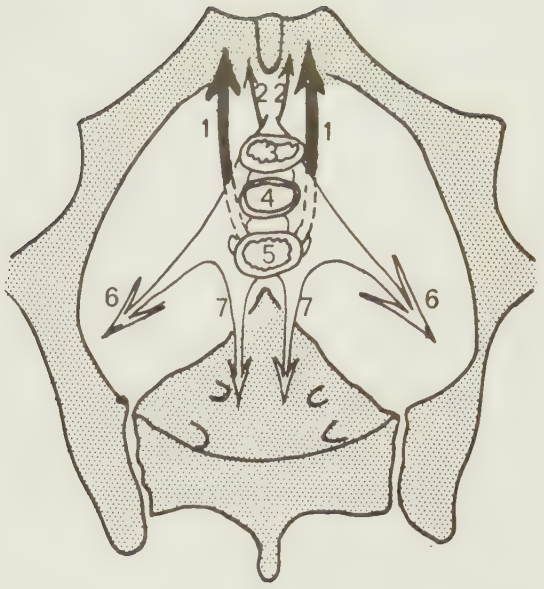


Fig 8

Vue schématique plongeante du système d'amarrage et de soutènement.

1. Faisceau pubo-rectal du releveur. — 2. Ligament sous-pubo sous-vésical. — 3. Vessie. — 4. Tube génital. — 5. Rectum. — 6. Aileron viscéral commun. — 7. Lame uro-génito-sacrée.

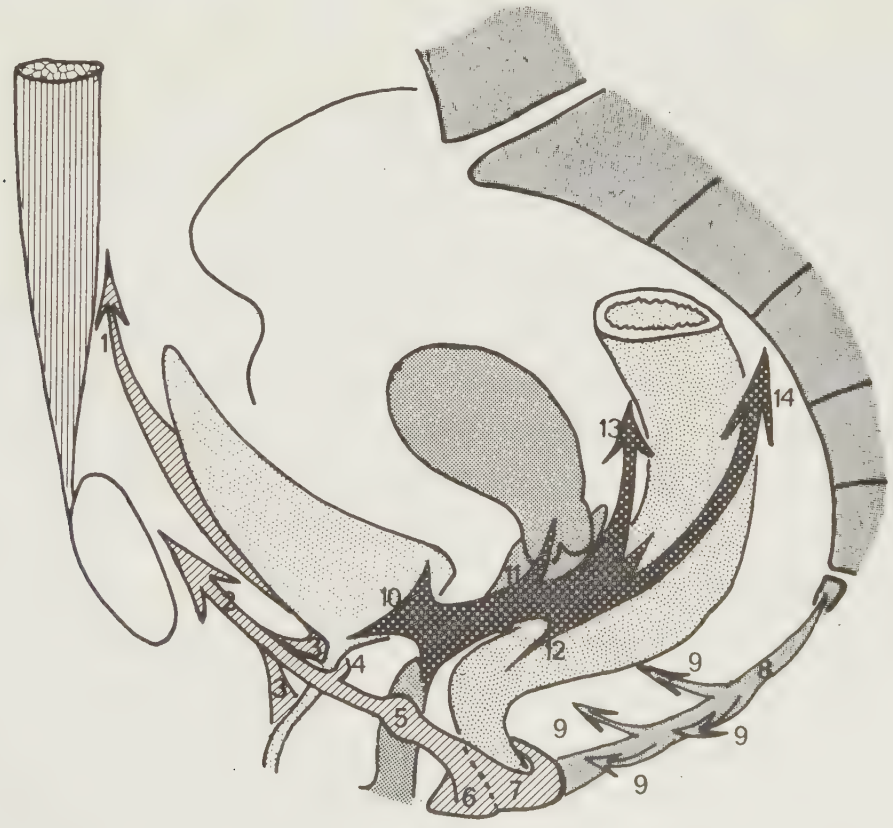


Fig 7

Vue latérale schématique du système d'amarrage et de soutènement.

1. Aponévrose ombilico-prévésicale et ouraque. — 2. Faisceau pubo-rectal du releveur. — 3. Ligaments sous-pubo-urétraux. — 4. Fibres cravatant la berge postérieure du col vésical. — 5. Connexions entre les fibres pubo-rectales du releveur et le vagin. — 6. Noyau fibreux central. — 7. Sphincter externe de l'anus. — 8. Raphé ano-coccygien. — 9. Fibres du faisceau sphinctérien du releveur. — 10. Lame vésico-vaginale. — 11. Aileron latéral du vagin et ligament cardinal. — 12. Aileron latéral du rectum. — 13. Aileron viscéral commun. — 14. Lame uro-génito-sacrée.

Vue latérale schématique du système d'amarrage et de soutènement (d'après BETHOUX)

Un système antérieur d'amarrage, élastique et actif, constitué par les releveurs, recouverts par l'aponévrose pelvienne, dont la structure complexe joue un rôle important.

Un système d'amarrage postérieur, rigide et passif, constitué par des formations conjonctives condensées autour des vaisseaux et nerfs viscéraux, (voir système de soutènement A.B.).

Ainsi, la vessie est soutenue de façon élastique au niveau de son dôme et de sa face antérieure à la paroi abdominale antérieure, latéralement par l'aponévrose ombilico-pré-vésicale, sur la ligne médiane par l'ouraque. Sa face postérieure repose sur la face antérieure du vagin, doublée du fascia vésico-vaginal d'HALBAN.

Les lames vésico-vaginales (pilier vésical) l'amarrent solidement en arrière et la solidarisent avec le tube génital.

Les ligaments sous-pubo-vésicaux et l'aponévrose pelvienne, maintiennent en place la jonction urétro-vésicale et ses connexions avec le vagin.

Le tonus de tous ces éléments maintient le cap urétro-vésical.

Le conduit utéro-vaginal est fixé vers le haut et en arrière, au niveau de l'isthme utérin et des bords latéraux de la moitié supérieure du vagin, par la confluence des ligaments de MACKENRODT et des ligaments utéro-sacrés. Les cornes utérines sont reliées à la région inguinale par les ligaments ronds ; tandis que le tonus des releveurs et leurs raccordements à l'aponévrose pelvienne, exercent une traction en avant sur la moitié inférieure des bords latéraux du vagin.

Ceci détermine une triple coudure physiologique du conduit utéro-vaginal. (antéversion, antéflexion et le cap vaginal).

Le segment ano-rectal, portion basse du rectum, est amarrée en haut et en arrière au sacrum. Le segment anal étant rattaché au coccyx par le raphée ano-coccygien . Les faisceaux pubo-rectaux des releveurs fixent vers l'avant le canal anal, d'où constitution du cap ano-rectal.

L'axe du pelvis est, en pratique, une courbure orientée en bas et en arrière au détroit supérieur, en bas et en avant au niveau des épines sciatiques.

Lors de la poussée d'effort, les différents éléments d'amarrage vont réagir selon leur propre orientation et leur structure contractile ou rigide. L'élasticité limitée de l'amarrage postérieur s'oppose à la poussée et oriente les viscères vers lui et en arrière. Cette poussée est neutralisée par la résistance du raphée ano-coccygien. Par contre, l'amarrage aponévro-musculaire antérieur permet, grâce à son élasticité, un déplacement postérieur du combiné viscéral.

Il en résulte, toujours selon BETHOUX, un effacement du cap urétro-vésical, grâce au déplacement simultané des deux berges du col vésical demeuré accroché vers l'arrière, un effacement du cap vaginal, tandis que le cap ano-rectal conserve son angulation et se tasse contre le diaphragme pelvien. Le col utérin appuyé contre le rectum vient, en arrière du canal anal, pilonner le plan résistant de la butée coccygo-raphélienne.

A l'effort de retenir, on assiste à un déplacement du combiné viscéral. Le faisceau pubo-rectal projette vers l'avant le noyau fibreux central du périnée. Les caps urétro-vésical et vaginal se reforment et s'accentuent. La fermeture plus ou moins accentuée de leur sinus postérieur dépend de la valeur contractile des releveurs.

II - PHYSIOPATHOLOGIE

Le relâchement du ligament large est reconnu en premier par MORGAGNI en 1761, comme cause favorisant l'apparition des prolapsus.

Mais, les travaux de BOUILLY, HUE, HARTMAN, A. POLLOSSON et VIOLLET, vont éclaircir les conditions anatomiques des prolapsus qui, pour ceux-ci, sont au nombre de trois :

- la déficience du releveur et du noyau fibro-musculaire du périnée, faisant perdre à l'utérus ses moyens de soutènement et donnant au canal vaginal une direction verticale au lieu de l'obliquité qu'il possède normalement.
- le changement de l'axe de l'utérus qui devient vertical ou se met en rétroversion dans l'axe du canal vaginal largement ouvert.
- la disparition de la tonicité et de l'élasticité des amarres utérines, ligaments larges et utéro-sacrés.

Ces auteurs pensent que la plus grave de ces déficiences anatomiques, est celle du périnée, car, à elle seule, elle entraîne les autres.

En effet, le vagin est obliquement orienté en haut et en arrière par le fascia recto-vaginal, soutenu par le muscle releveur et coin périnéal solidarisés par les hémi-gaines pré-rectales. Par contre, de l'utérus, le col et l'isthme sont les parties les plus fixes. Il est incliné sur la paroi postérieure du vagin, selon un angle de 90 degrès, définissant l'antéversion. Il est maintenu en place par l'insertion en arrière des ligaments utéro-sacrés, sur sa portion sus-vaginale et, de chaque côté, par la condensation des ligaments cardinaux et du tissu cellulaire de la base des ligaments larges ; enfin, en avant, des ligaments beaucoup plus lâches, vésico-utérins.

Le corps de l'utérus est incliné par contre, sur le col, selon un angle de 180 degrès, définissant l'antéflexion. Il est très mobile, lâchement ancré par les ligaments ronds. Ceux-ci ne jouent, en fait, qu'un rôle d'orientation du fond utérin. La rétroversion, maintenant l'utérus dans l'axe du vagin, favorise la ptose utérine car, en effet, elle supprime l'angulation s'opposant normalement à l'issue des organes pelviens lors de la poussée abdominale.

LATARJET écrivait qu'afin d'assurer à nouveau la statique utérine, il ne suffisait pas de rétablir l'antéversion et de restaurer les moyens d'amarrage, mais qu'il fallait refaire, au dessous, un solide plancher musculaire.

Donc, au début du XXe siècle, les écoles françaises et viennoises sont en accord sur le rôle primordial de la défectuosité du diaphragme pelvien dans la genèse des prolapsus.

Cette conception, exposée par HALBAN et TANDLER, dont LESSHAFT et ASHWELL furent les précurseurs, est donc partagée par tous les auteurs. HALBAN et TANDLER estimaient que l'aponévrose pelvienne, les tissus du paramètre, le péritoine et les vaisseaux pelviens, ne sont pas suffisamment stables pour empêcher la formation d'une hernie au niveau de " l'HIATUS GENITALIS".
TANDLER, dans sa description de 1907, 1917 et 1930, décrivit un système coordonné composé de la paroi abdominale, du diaphragme pelvien et des coupoles diaphragmatiques. Un argument clinique étant réalisé par le "prolapsus juvenalis" résultant d'une parésie du plancher pelvien musculaire.

Par contre, l'ecole Berlinoise avec ED. MARTIN, comme MACKENRODT, WALDEYER, a, à cette époque, une conception différente de celle des écoles françaises et viennoises. Pour ces auteurs, les ligaments péricervicaux jouent le rôle le plus important dans la fixité utérine.

Cette dualité de conceptions haute et basse dans la genèse des prolapsus va persister longtemps. Mais, beaucoup de chirurgiens vont essayer de trouver un compromis en distinguant un appareil de soutien et un appareil de fixité. SELHEIM estimait que le paramètre n'est pas le seul appareil pour maintenir la position utérine et considère que la cohésion des organes abdominaux entre eux est aussi importante ; les organes abdominaux se trouvant alors dans un "équilibre suspendu", résultant du TONUS des parois et du TURGOR des organes. Il donne un rôle prépondérant à l'association TURGOR, TONUS, (TUTO).

Les ligaments de l'utérus n'entrent en action que s'il se produit une augmentation anormale de la pression intra-abdominale.

BETHOUX, en étudiant le comportement cinétique des organes pelviens a montré comment, lors de la poussée abdominale, (effort de poussée), le corps utérin antéfléchi appuie sur la vessie qui applique la paroi antérieure du vagin contre la paroi postérieure, celle-ci venant en dernier lieu reposer sur le solide noyau fibreux central du périnée. En outre, les études récentes ont montré que le rôle des fascias et aponévroses, récepteur d'oestrogènes, prime, semble-t-il, sur le rôle des muscles pelviens, récepteur d'androgènes, dans le maintien de la statique des organes pelviens.

Le maintien en bonne place et en bon fonctionnement physiologique des viscères pelviens est donc assuré par une tonicité musculaire périnéale satisfaisanteet le soutènement parfaitement équilibré des solides formations fibro-musculaires, non seulement dans le sens antéro-postérieur et transversal du bassin, mais aussi de haut en bas, grâce aux fascias pré et recto-cervicaux, ainsi qu'aux hémi-gaines pré-rectales.

III - ETIOPATHOGENIE

Il ressort de ces faits, que l'affaiblissement ou la destruction de tous ces éléments de soutènement favorisent la survenue du prolapsus génital. Ces altérations des structures fibro-ligamentaires et fibro-musculaires du pelvis sont parfois congénitales et le plus souvent acquises.

A - FACTEURS ACQUIS

- Au premier plan, c'est le traumatisme obstétrical.

En effet, au cours de l'accouchement, il se produit des lésions du noyau fibreux central du périnée et l'effraction du "hiatus génitalis" associés à un diastasis des hémi-gaines pré-rectales.

. L'atteinte des releveurs, surtout de l'anse élévatrice, peut être associée à une déchirure des formations ligamentaires péricervicales, conséquence d'efforts expulsifs intempestifs au cours de l'accouchement sur une dilatation incomplète du col. Enfin, ces muscles sont souvent écartés d'une façon considérable. A ces lésions traumatiques post obstétricales s'ajoutent les troubles trophiques post ménopausiques qui sont responsables d'un certain nombre de prolapsus génitaux. Ceci est démontré par le pourcentage retrouvé dans les publications des trente dernières années. En effet, 80 % des prolapsus se rencontrent chez les femmes de 40 à 70 ans, alors que 10 % des prolapsus s'observent chez les femmes de 20 à 40 ans, et 10 % seulement de 60 à 90 ans. (G. CERBONNET, H. DELMAS, Y. ROCHET et P. VAYRE). Cela prouve que l'altération des structures fibro-ligamentaires s'accentue avec l'age.

Enfin, la modification utérine dont le col déchiré et tuméfié et le corps secondairement dévié en rétroversion, à la suite d'une mauvaise involution utérine. Il faut cependant souligner que rares sont les prolapsus

s'installant immédiatement et de façon définitive après l'accouchement.

- Le facteur chirurgical

Selon BETHOUX, un antécédent d'hystérectomie n'est relevé que dans 10 % des prolapsus. LERZIN, dans sa thèse, trouve 13,5 %, tandis que WODIER et HERVET trouvent respectivement 1,2 % et 5,3 %, AMELINE et HUGUIER 8,5 %.

Dans notre série, nous avons relevé douze observations de prolapsus sur anciennes hystérectomies, soit 6 %.

Le plus souvent il s'agit d'une hystérectomie totale ou sub-totale pour fibrome utérin.

On peut alors se demander si le prolapsus n'était pas en puissance avant l'hystérectomie et, au moins, atténué par l'effet suspensif de la masse pelvienne.

Dans d'autres cas, il peut s'agir d'intervention antérieure pour prolapsus. La question se pose alors de savoir s'il s'agit de détériorations laissées ou créées par ces interventions.

Enfin, la destruction des releveurs par les interventions de la chirurgie cancérologique, en particulier pour le cancer du rectum, peut être suivie de prolapsus vésicaux ou utérins, ou même d'incontinence urinaire d'effort.

Il semble que la ventro-fixation directe favorise l'apparition des élytrocèles.

B - FACTEUR CONGENITAL

Il relève, soit d'anomalies constitutionnelles du dispositif anatomique du petit bassin, soit de la morphologie du cadre osseux pelvien. En effet, l'angulation de la charnière lombo-sacrée, la nutation plus ou moins marquée du sacrum avec son corollaire qu'est le degrè d'écartement des ischions, la profondeur de la concavité sacrée, l'avancée de la pointe coccygienne, l'inclination de l'axe de la symphyse pubienne sur l'horizontale (GREEN), l'ouverture de l'arc sous-pubien, sont autant d'éléments susceptibles de modifier la courbure axiale du pelvis ; donc, l'orientation de la résultante de la poussée d'effort.

Ainsi, la profondeur excessive du Douglas apparaît comme une amorce idéale des élytrocèles.; la rétroversion utérine entraînant une brièveté de la paroi vaginale antérieure, le col s'y insérant trop bas à proximité de l'orifice inférieur du vagin, alors que la paroi postérieure, trop importante, forme un cul de sac vaginal postérieur trop profond.

Enfin, l'allongement congénital du col prédominant sur la partie sus-vaginale, alors que le museau de tanche, peu musclé est souvent tapiroïde et cônique.

Dans leurs formes pures et moyennes, ces éléments rendent compte du prolapsus de la vierge et de la nullipare. MUSSET et PH POITOUT, en ont rapporté deux cas.

WILLEMAIN rapporte un cas de fillette de 11 ans. Dans notre série nous n'avons pas rencontré une telle observation. Il semble que ce prolapsus survienne après la puberté et avant trente ans.

A ce propos, ROMAN rapporte treize observations de prolapsus chez nullipares sur une série de 747 prolapsus, soit 1,8 %. Il note la prépondérance de l'élément utérin dans le prolapsus. Donc, il met en évidence dans ces formes, l'atteinte de la trophicité du système ligamentaire péri-cervical plus que l'atteinte des muscles releveurs.

Mais, souvent, le traumatisme obstétrical les exagère en hypertrophiant encore le col qui se dilate mal et se déchire, lésant les éléments musculo-aponévrotiques du bassin.

Enfin, la ménopause et la sénilité interviennent à la longue pour amenuiser les moyens de soutènement et aggravent la survenue de prolapsus (ptoses) chez ces femmes déjà prédisposées.

Au total, la rupture de la sangle musculaire des releveurs constitue le primum movens, puis intervient une distension progressive du plan pubo-sacré aboutissant à une classification des prolapsus en trois catégories.

Dans le prolapsus du premier degré, la vulve est béante et la rupture du périnée est associée à une cystocèle accompagnée ou non d'uréthrocèle. En principe la cystocèle est solidaire de la colpocèle antérieure et l'atteinte des ligaments utéro-sacrés est minime. MAGENDIE apprécie aussi la longueur et la direction de l'urètre, l'état du sphincter vésical et l'angle de bascule à l'effort de l'utérus.

Dans le prolapsus du second degrè, la cystocèle est volumineuse accompagnée d'une rectocèle et, surtout, les ligaments utéro-sacrés sont étirés, le col utérin apparaît à la vulve entre les deux masses constituées par la cystocèle et la rectocèle. Le col utérin est allongé, hypertrophié.

Le prolapsus du troisième degré, est évident avec son utérus partiellement ou totalement extériorisé, accompagné de volumineuses cystocèle et rectocèle. A la distension du plan suspenseur principal est associé un allongement du col utérin. L'association éventuelle d'une élytrocèle est souvent mise en évidence.

ETUDE CLINIQUE DES PROLAPSUS

I - INTERROGATOIRE

Leur polymorphisme exige que, pour chacun d'eux, soit dressé un éventail des lésions anatomiques et un bilan de l'état général. Il précise l'âge, la date et les modalités d'apparition.

L'âge est certainement un facteur favorisant par l'affaissement des moyens de contention. Au congrès de Marseille, en 1970, G. CERBONNET et H. DELMAS, dans leur rapport, montrent que 80 % des prolapsus génitaux apparaissent entre 40 et 70 ans.

Dans notre série de 200 observations, 165 malades avaient plus de 40 ans, soit un pourcentage de 82 %, alors que 35 malades seulement étaient âgées de 20 à 40 ans.

On précisera la possibilité de maternité et, plus tard, la persistance de l'activité génitale et le désir de conserver une perméabilité vaginale.

L'interrogatoire déterminera ensuite les antécédents obstétricaux: le nombre de grossesses et d'accouchements, leurs modalités : eutocique ou dystocique.

Il faudra s'enquérir de la date de la ménopause et du traitement antérieurement appliqué.

Enfin, la date et les circonstances d'apparition du prolapsus. La survenue peut être brutale, à la suite d'un effort physique, chez une femme jeune, mais, le plus souvent, le début sera progressif, faisant suite à des accouchements successifs et le prolapsus s'accentue d'année en année, apparaissant d'abord le soir à la fatigue, pour, peu à peu, s'extérioriser même le matin après le premier lever.

II - LES SIGNES FONCTIONNELS

Les signes fonctionnels accusés par la patiente atteinte de prolapsus génital sont aussi divers que l'aspect anatomo-clinique de celui-ci, mais n'en dépendent pas forcément. Un prolapsus extériorisé peut ne s'accompagner que d'une gêne supportable, alors qu'un prolapsus segmentaire, effleurant tout juste l'orifice vulvaire, se verra attribuer la responsabilité de troubles multiples et assez intenses. La tâche de l'examen clinique sera d'établir la part véritable du prolapsus dans les méfaits que lui reproche la patiente.

- Les douleurs : c'est souvent une sensation fort gênante et désagréable d'insécurité et de fuite d'organe, qui peut conduire jusqu'à une véritable infirmité dans le cas de très grosses extériorisations.

Parfois, une simple pesanteur pelvienne avec sensation de tiraillement. Ces phénomènes douloureux accusés par les patientes sont de topographie variée, tantôt lombaire, pelvi-abdominale, tantôt typiquement pelvienne ou hypogastrique, irradiant au pli de l'aine. Enfin, rarement, ce sont des douleurs sciatalgiques qui imposent la consultation.

Ainsi, le type de douleur sera précisé comme son caractère, constant ou non, son ancienneté, son intensité et sa modification selon le cycle menstruel. La topographie haute ou basse des douleurs lombaires, les irradiations inconstantes, soit postérieures, allant jusqu'à la sciatalgie, soit antérieures crurales, seront minutieusement étudiées, de même que leur association à la fatigue et à l'effort et leur retentissement.

Même si l'importance anatomique du prolapsus justifie, à elle seule, une cure chirurgicale de celui-ci, il ne faudra pas promettre systématiquement à la malade la guérison des troubles fonctionnels, car ils sont parfois les manifestations d'une autre lésion. Dans ce cas, la cure du prolapsus ne pourra en aucun cas soulager les douleurs ressenties par la patiente. L'erreur d'attribution sera encore plus regrettable lorsque c'est la gêne fonctionnelle qui fait que la patiente réclame la correction chirurgicale de son prolapsus, parfois même très peu accentué. Ainsi, l'examen clinique devra rechercher une cause imputable aux phénomènes douloureux :

- soit dans la sphère génitale, qu'il s'agisse d'une affection infectieuse (vulvo-vaginite, endrométrite, paramétrite) ou tumorale(kyste ovarien, fibrome) plutôt bénignes que malignes. La malade sera prévenue de cette affection supplémentaire, de sa responsabilité dans les phénomènes douloureux et des modifications qu'elle peut apporter à la technique opératoire.

- soit en dehors de la sphère génitale : les troubles de la statique du rachis lombaire (attitude scoliotique, bascule du bassin), contractions des muscles spinaux ou anomalie transitionnelle, sont responsables des douleurs de siège et d'irradiations variables. Méconnus, ils font indûment accuser l'appareil génital d'être responsable de ces troubles fonctionnels. Il importe aussi de prévenir la patiente, soit que la cure de prolapsus, légitime par ailleurs, n'aura vraisemblablement pas d'effet antalgique, soit qu'une simple rééducation viendra mieux à bout de ces douleurs qu'une intervention gynécologique.

Cependant, souvent, ces phénomènes

douloureux sont du ressort des affections psycho-somatiques trouvant dans le cadre génital un terrain pour se faire jour.

- A côté de ces douleurs, les malades se plaignent d'avoir beaucoup de pertes blanches. Parfois ces leucorrhées sont teintées de sang, ou nettement hématiques, obligeant à chercher l'existence d'une lésion associée cervicale ou utérine. Dans certains des prolapsus génitaux extériorisés, la muqueuse vaginale oedématiée, kératinisée, s'ulcère par frottement sur le linge et ces pertes blanches rosées peuvent prendre un aspect métrorragique.

- Enfin, c'est pour des troubles de la copulation que vient consulter la patiente atteinte de prolapsus. Ceux-ci sont rares, sauf pour les femmes avec une déchirure périnéale complète ou ayant une rétroversion importante.

- Troubles urinaires

. C'est souvent sous la forme de la pollakiurie que se manifestent ces troubles urinaires diurnes mais parfois aussi nocturnes, obligeant l'intéressée à se lever plusieurs fois pour uriner. Quelquefois ce sont de véritables douleurs, sous forme de brûlures. Mais les examens des urines montrent fréquemment une urine claire et sans germes.

. L'incontinence urinaire d'effort : c'est l'émission involontaire d'urine par l'urètre qui survient quand la femme rit, éternue, tousse ou porte un fardeau. Cependant, la notion d'effort manque dans certains cas ou est moins évidente (marche ou simple passage à la position debout. L'incontinence d'effort survient, en fait, dans toutes les circonstances où il existe une contraction abdomino-thoracique susceptible d'élever la pression intra-abdominale.

Il faut la distinguer des autres troubles urinaires comme la pollakiurie où la fréquence des mictions est exagérée, celles-ci restant parfaitement contrôlables et les mictions impérieuses ou dysurie, où le besoin d'uriner est perçu, mais, y résister longtemps est impossible ; ces mictions impérieuses sont parfois rythmées par le cycle ovarien, certaines peuvent être psychopathiques.

Enfin, il faudra la distinguer des pertes involontaires des urines, dûes à des fistules vésico-vaginales, ou à l'abouchement vaginal ou urétral d'un uretère et des incontinences ne survenant pas à l'effort : miction automatique, incontinence au cours d'affections neurologiques ou psychiatriques (R. COUVELAIRE).

Tous ces troubles fonctionnels peuvent prendre le masque de l'incontinence d'effort; seul, l'interrogatoire précis des malades sur les conditions de survenue des émissions anormales des urines permettra d'orienter d'emblée, pour la plupart d'entre elles, le diagnostic. Son exactitude est importante du fait que chaque affection nécessite un traitement approprié et l'erreur, dans ce domaine, devra se solder par un échec thérapeutique (H. HUGUIER).

Enfin, l'examen clinique visera toujours à mettre en évidence la perte involontaire des urines. Il faut examiner la malade sans vider la vessie et, si elle vient d'uriner, remplir la vessie d'eau, jusqu'à un léger besoin ; examiner ensuite le méat au cours d'efforts de toux ou de poussée abdomino-thoracique faite en position gynécologique (P. ABOULKER). On verra alors passer quelques gouttes ou un jet d'urine par le méat urétral. Cet examen clinique montre souvent l'incontinence associée au prolapsus.

Le prolapsus étant seul apparent, l'incontinence se cache derrière ce masque. Isolée, la cure du prolapsus vaginal entraînerait une incontinence urinaire d'effort dans les suites opératoires immédiates. Il faut savoir que ce n'est jamais dans les gros prolapsus que l'on rencontre les incontinences d'effort, mais dans les prolapsus de moindre importance et, surtout, du premier degré : ceci par atteinte de l'angle cervico-urétral.

C'est pourquoi il faut rechercher ces incontinences urinaires potentielles avant tout traitement du prolapsus vaginal, en réduisant le prolapsus sur la table d'examen et le maintenir par une compresse montée sur une pince ou une valve du spéculum. On demande alors à la patiente de pousser; alors, une incontinence d'effort qui n'était que potentielle, parce que masquée par le prolapsus, pourra se révéler. Mais il n'en est pas toujours ainsi, et le diagnostic radiologique des incontinences potentielles est un des intérêts du colpocystogramme (BETHOUX).

Enfin, c'est sous forme de rétention urinaire qu'on rencontre des troubles urinaires : surtout dans les gros prolapsus. Les femmes qui en sont atteintes sont obligées de réduire leur prolapsus pour uriner.

- Parmi les signes fonctionnels, les troubles du transit sont les plus rares. Ils se manifestent sous forme de constipation, parfois de véritable incontinence des matières. Il faut, dans ce cas, rechercher une déchirure du sphincter (post-obstétricale) et l'existence de grosses rectocèles.

SIGNES FONCTIONNELS DANS LES PROLAPSUS GENITAUX

signes	Nombre sur 200 observations	%
- douleurs pelviennes et lombaires	64	34
- sensation de chute d'organes	7	3,5
- pesanteur, gêne ou tiraillement,	39	19,5
- leucorrhées	30	15
- dyspareunie	3	1,5
- métrorragies	23	11,5
- prolapsus d'effort	3	1,5
- pollakiurie	36	18
- incontinence	34	17
- dysurie	26	13
- rétention	1	0,5
- troubles du transit	12	6

III - L'EXAMEN CLINIQUE

Se doit d'étudier systématiquement les anomalies auxquelles il sera nécessaire de remédier. L'inspection apprécie l'état du plancher périnéal que précisera le palper et le degrè d'éculement du périnée, par l'appréciation de l'importance de la béance vulvaire et le raccourcissement de la distance ano-vulvaire. La saillie des segments prolabés pourra être permanente ou ne se produire que sous l'effet de la pression abdominale.

Ainsi, la poussée d'effort en décubitus dorsal suffira à provoquer ou à compléter le bombement ou la sortie d'un prolapsus lors de l'examen clinique et, à l'aide du spéculum, on identifiera les segments constitutifs du prolapsus :

- La cystocèle : elle est constante et évidente, on appréciera son importance à l'effort en faisant pousser la malade. Il faut rechercher une association possible avec une incontinence. Elle sera différenciée du kyste sous-urétral. Mais, souvent, elle accompagne un déroulement de la paroi vaginale antérieure, c'est la colpocystocèle, lésion la plus

fréquente, car G. CERBONNET et H. DALMAS, la retrouvent dans 85 % des cas. Nous la retrouvons 143 fois, soit 72 % de nos observations

- La rectocèle : plus rare et plus tardive à apparaître, est explorée par la palpation digitale de la cloison recto-vaginale. On perçoit alors une impulsion à la toux, que traduirait un glissement du Douglas. Elle accompagne parfois la colpocèle postérieure. Cependant, la colpocèle postérieure n'est pas constamment, ni totalement, habitée par une expansion de la paroi antérieure du rectum. Si on prend soin de ne pas majorer la rectocèle par l'artifice du doigt intra-rectal, souvent trop poussé, on arrive à préciser qu'il s'agit d'une colpocèle postérieure avec ou sans rectocèle.

Les muscles releveurs de l'anus seront inventoriés par la palpation entre le pouce et l'index du sphincter anal, au niveau de la fourchette vulvaire qui permet, de chaque côté, de repérer très latéralement l'encoche des faisceaux élévateurs des releveurs. En demandant à la patiente de contracter ses muscles, comme pour retenir une selle, on peut repérer et suivre de part et d'autre du vagin les faisceaux musculaires et les palper entre l'index et le pouce et en apprécier l'épaisseur et le tonus.

Enfin, les utéro-sacrés seront appréciés par le degrè du prolapsus. En effet, à la fin de l'examen clinique, on aura précisé l'état anatomique des lésions qui permettra de classer le prolapsus dans un des trois degrès classiques.

LE PROLAPSUS DU PREMIER DEGRE

L'inspection montre déjà une déformation de la région vulvaire. La béance vulvaire par rétro-pulsion de la fourchette et un raccourcissement de l'espace vulvo-anal. L'examen met en évidence, soit une urétrocèle : tuméfaction bombant sensiblement à partir de la vulve, en avant, séparée, au contraire, en arrière de la fourchette par un sillon profond. Elle est striée transversalement : par l'association d'une cystocèle importante ; dans ce cas, la tuméfaction est plus importante, sans striation, lisse ; elle semble prolonger en arrière l'urétrocèle. Mais, le plus souvent, c'est plutôt la cystocèle plus ou moins importante qui représente ce premier degrè associée à un prolapsus de la paroi antérieure du vagin. Lorsqu'elle est pure, elle représente ce premier degrè sous la forme d'une saillie arrondie et lisse, bombant entre le méat et la fourchette; séparée d'eux par un sillon petit en avant, volumineux et profond, duquel est séparé le col en arrière.

Le vagin perd son obliquité habituelle et prend une orientation verticale. La cavité vaginale est dilatée, tandis que le corps utérin change d'axe et se met dans le prolongement de l'axe vaginal. Mais le col utérin reste intra-vaginal et, seule, la traction sous anésthésie générale permet de l'abaisser dans la région hyménale.

LE PROLAPSUS DU DEUXIEME DEGRE

Il existe un prolapsus complet de la paroi antérieure du vagin. La cystocèle est volumineuse et parfois accompagnée d'une rectocèle. Le col utérin, par contre, descend plus ou moins spontanément à la vulve et la traction sous anesthésie générale permet aisément de l'extérioriser. Lors de poussée d'effort, il apparaît comme une petite zone conoïde où l'on reconnaît l'orifice cervical tourné franchement vers l'arrière. Cette zone est parfois masquée encore par la fourchette. L'examen montre fréquemment l'association d'une élytrocèle qu'il faut toujours rechercher à ce stade du prolapsus.

LE PROLAPSUS DU TROISIEME DEGRE

L'utérus est totalement ou partiellement extériorisé. L'orifice cervical regarde en avant. Il est souvent accompagné de volumineuses cystocèle et rectocèle.

Le prolapsus complet ou total sera facile à identifier avec précision. D'une façon permanente, ou en faisant pousser la malade, on voit saillir hors de la vulve une tuméfaction cylindroconique dont le sommet ne pointe pas en avant mais, légèrement en arrière. Celui-ci correspond au col utérin que l'on reconnaît facilement par sa consistance ferme et son orifice externe. Ce fait est dû à ce que le retournement de la paroi vaginale postérieure reste longtemps incomplet et moins prononcé que celui de la paroi antérieure. La portion pelvienne de la paroi postérieure du vagin est donc plus facilement entraînée par la chute utérine que le segment inférieur périnéal et pré-anal.

En effet, le doigt, placé entre la fourchette vulvaire et la paroi vaginale postérieure extériorisée, constate l'existence d'un sillon plus ou moins profond, qui s'atténue sur les côtés selon que les ailerons qui retiennent les bords latéraux du vagin résistent encore plus ou moins. La paroi antérieure du vagin peut être antérieurement retournée ou séparée de l'orifice vulvaire par un sillon moins profond que le sillon postérieur, lorsque le segment urétral ne participe pas au retournement.

Le palper de la tuméfaction donne l'impression d'un matelassage d'épaisseur variable entre l'enveloppe vaginale et l'utérus. En effet, le vagin peut être d'épaisseur normale ou amincie ; parfois, au contraire, il est gonflé d'œdème pouvant rendre le prolapsus d'un volume monstrueux et irréductible. Dans ce cas, la muqueuse vaginale et cervicale s'ulcèrent et saignent. Dans d'autres cas, le col et le vagin prennent un aspect kératinisé en l'absence de phénomènes inflammatoires et œdémateux.

En dehors du cas d'irréductibilité, l'examen du prolapsus se poursuit après réduction et permet d'apprécier le volume et la mobilité du corps de l'utérus, l'état de la musculature périnéale et de chercher une anomalie intra-pelvienne associée.

Après réduction et sous la poussée d'effort, il est rare, sauf en cas d'hystérocèle pure ou prédominante, d'assister à l'extériorisation du col utérin en premier, suivi d'éversement plus ou moins symétrique des parois vaginales. Le plus souvent apparaît la colpocèle antérieure, puis le col et enfin la colpocèle postérieure plus ou moins prononcée.

Le prolapsus complet, non extériorisé et les diverses formes de prolapsus partiel, extériorisé ou non, doivent être analysés plus attentivement. C'est par le repérage à la vue de la situation du col, confirmé par le toucher et aidé par l'emploi du spéculum, que sera établi un diagnostic topographique.

Le toucher est indispensable du fait que l'orifice du col devenu punctiforme n'est pas toujours repérable ; parfois, il est masqué par une hypertrophie de la lèvre antérieure du museau de tanche.

Dans certains cas on observe, soit un bombement à revêtement lisse ; il s'agit d'un prolapsus complet, non extériorisé, montrant en avant la colpocèle antérieure, portant sur le segment vésical, le col utérin au milieu et, en arrière la colpocèle postérieure. Lorsque le segment urétral, avec son revêtement strié transversalement, participe au prolapsus il peut être englobé sous le sillon séparateur dans la saillie antérieure ou, au contraire, former une quatrième petite saillie, située tout en avant et séparée de la colpocystocèle par un discret sillon.

FIGURE 9 - PROLAPSUS du PREMIER DEGRE

1 - vessie : cystocèle

2 - utérus verticalisé. Disparition de l'angle d'antéversion

3 - rectum : pas de rectocèle

4 - espace anovulvaire : diminution modérée - rétropulsion de la fourchette

5 - vagin : béance vulvaire - colpocèle antérieure

FIGURE 10 - PROLAPSUS DU SECOND DEGRE

1 - cystocèle importante

2 - allongement et abaissement du col utérin, amorce de l'hystérocèle

3 - rectocèle

4 - espace anovulvaire

5 - colpocèles postérieure et antérieure

FIGURE 11 - PROLAPSUS du TROISIEME DEGRE

1 - colpocystocèle

2 - hystérocèle complète - extériorisation du col

3 - rectocèle

4 - effacement de l'espace anovulvaire

5 - déroulement complet des parois vaginales

6 - élytrocèle

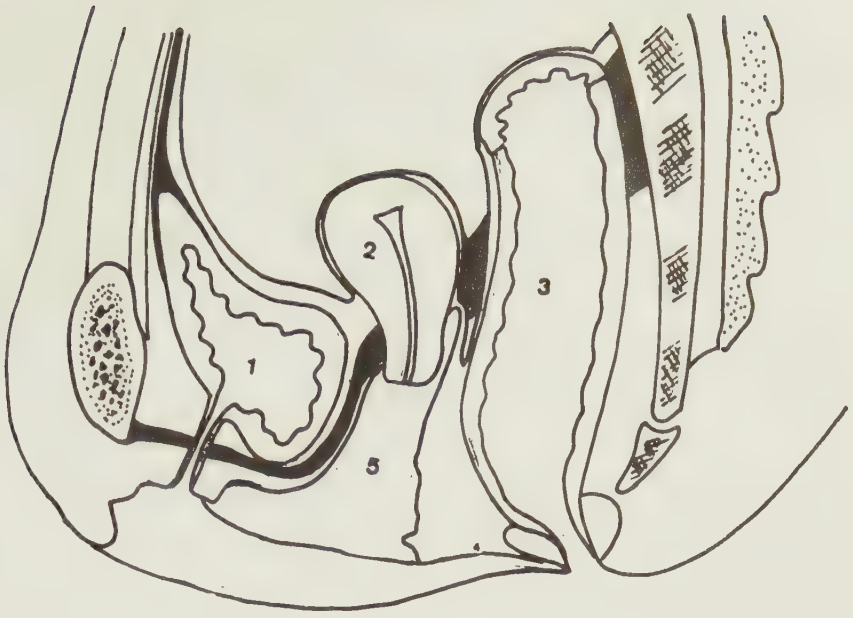


figure 9

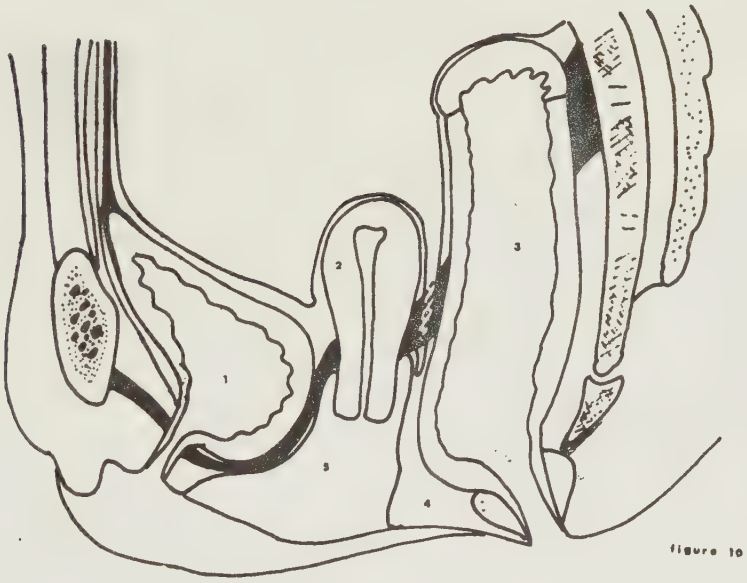


figure 10

figure 11

Si le bombement est double et lisse, il s'agit, soit du vagin antérieur et du col utérin, soit du vagin antérieur et du vagin postérieur, soit du col utérin et du vagin postérieur.

Enfin, l'existence d'un bombement double et d'une saillie striée fera penser au segment urétral du vagin. Le plus souvent, il s'agit d'un simple prolapsus vaginal antérieur avec un sillon anormalement marqué entre la colpo-urétrocèle et la colpocystocèle, rarement d'une colpo-urétrocèle avec un prolapsus du col utérin.

En cas d'une saillie unique, c'est peut être une colpo-urétrocèle isolée, toujours de volume discret qu'il ne faudra pas confondre avec un kyste sous urétral. Dans toutes ces formes de prolapsus l'examen évitera l'erreur de qualifier de prolapsus segmentaire ou partiel ce qui peut être un kyste sessile du vagin, un gros fibrome interstitiel du museau de tanche et même, parfois, un polype fibreux bien lisse ou sphacelé, accouché par le col et à l'orifice vulvaire.

Enfin, il faudra préciser le contenu du bombement vaginal. Pratiquement, la colpocèle antérieure lisse est toujours synonyme du cystocèle. Mais il est difficile, sans secours radiographique, de dire si la colpo-cystocèle s'accompagne d'une cystoptose. Ainsi, la colpocèle antérieure basse et striée ne doit pas être considérée comme une urétrocèle car, malgrè l'étroitesse des connexions anatomiques entre le bas vagin et l'urètre, le canal urétral n'est pas constamment solidaire du bombement vaginal adjacent; la colpocèle postérieure n'est pas constamment, ni totalement habitée par une extension du rectum. De même, il faudra avoir à l'esprit, dans le cas de colpocèle postérieure,avec ou sans rectocèle, dans tous les prolapsus du deuxième et troisième degré, l'existence d'élytrocèle. Celle-ci est constante, il faut chercher à la mettre en évidence par différents moyens :

- sensation d'expansion ou simplement d'impulsion à l'effort ou à la toux entre doigt intra-vaginal et doigt intra-rectal.
- perception entre ces deux doigts d'un pincement péritonéal semblable au pincement de la vaginale intrascrotale.
- réapparition ou persistance d'un bombement vaginal haut à l'effort, tandis que le vagin postérieur et la paroi rectale antérieurs sont maintenus tendus par le doigt intra-rectal recourbé en avant et en bas.

La participation utérine devra être précisée. L'apparition à l'orifice vulvaire, ou même l'extériorisation du museau de tanche ne prouve pas qu'il y ait une descente utérine plutôt qu'un simple allongement du col intra-vaginal.

Seuls le toucher vaginal et l'examen au spéculum préciseront soigneusement le degré de chute de l'utérus entier et de son segment cervical et rechercheront l'existence ou non d'un allongement du col sus-vaginal et d'une hypertrophie du col intra-vaginal, en faisant pousser la malade sur un spéculum intra-vaginal.

Lorsque le prolapsus extériorise suffisamment l'utérus ou, au moins, son col, pour permettre une palpation transvaginale aisée de la zone isthmique, la détection de l'allongement sus-vaginal n'offre pas de difficulté. Mais, si le col utérin est insuffisamment prolabé, l'évaluation de cet allongement nécessite l'usage de l'hystéromètre en cherchant la précision segmentaire d'une cervicométrie. Parfois, il faudra recourir à l'opacification radiologique.

Les lésions associées

1°/ Les lésions urinaires et complications urinaires

L'urétrocèle et les modifications de l'angulation urétro-vésicale peuvent provoquer une incontinence urinaire d'effort qui doit, dans ce cas, dominer les indications thérapeutiques. Il n'y a pas de concordance entre le degrè d'incontinence et l'importance du prolapsus. Elle accompagne, le plus souvent, les cystocèles modérées. On évitera de confondre les mictions impérieuses incontrôlables que l'effort n'influence pas avec l'incontinence d'effort qui, seule, pourra être guérie par un soutènement urétro-cervical. Ceci sera évité par l'interrogatoire sans lacunes sur les troubles mictionnels, confronté avec l'examen du prolapsus et la recherche objective à la simple inspection et par la levée, grâce aux manoeuvres du spéculum, des effets pelotes de l'incontinence d'effort.

Cette recherche de l'incontinence se fera toujours avec la vessie non vidée et, au besoin, on recourra au test de BONNEY :

Le test de BONNEY consiste à introduire 200 à 300 cc de sérum tiède avec antiseptique dans la vessie, puis, avec deux doigts glissés dans le vagin, de part et d'autre de l'urètre, on remonte le col vésical et on le maintient derrière le pubis. On demande à la malade de tousser ou d'éternuer : si la fuite ne se produit pas on peut espérer que la fixation du col vésical, à sa place normale, guérira l'incontinence.

2°/ Incontinence anale et les troubles du transit

L'interrogatoire aura déjà précisé si la malade retient ou non les gaz et les matières. L'inspection et l'examen attentifs de la région anale pourra mettre en évidence une déchirure du troisième degrè s'il existe une béance antérieure de l'anus, des plis radiés sur une semi circonférence, postérieure seulement, une disparition de l'éperon périnéal remplacé par une bride cicatricielle plus ou moins épaisse, un accolement des deux muqueuses rectale et vaginale, enfin, la présence de deux petites fossettes latérales marquant sur la peau les extrémités du sphincter anal.

3°/ L'élytrocèle

L'élytrocèle décrite par ASTLEY COOPER, comme une grosseur faisant saillie dans la cavité du vagin, puis à la vulve, revêtue de la paroi postérieure du vagin est formée par la descente du contenu abdominal dans un diverticule anormalement développé dans la cavité périnéale sise dans une atmosphère celluleuse qui sépare la cloison rectale de la cloison vaginale. Sa mise en évidence se fera par un double toucher, appréciant l'impulsion à l'effort de toux et de poussée et l'existence de gargouillement ou de froissement entre les doigts intra-vaginal et intra-rectal.

4°/ Les fibromes

La constatation de fibrome utérin n'est pas exceptionnelle chez les femmes atteintes de prolapsus. Cette association s'observe dans 5 à 6 % vers la cinquantaine. Les signes de prolapsus prédominent et, par eux, on découvre le fibrome lorsque celui-ci est de petit volume. Mais, parfois les signes de fibrome sont prédominants : c'est surtout le fait de très gros fibromes enclavés dans le petit bassin et retenant la statique utérine.

5°/ Les kystes de l'ovaire

Selon MUSSET, ils se rencontrent chez 2 à 3 % des femmes porteuses de prolapsus. Ici, la coeliotomie complémentaire est indispensable pour vérifier l'état de l'annexe opposée.

6°/ Les épithéliomas

Se rencontrent dans moins de 1 % des cas sous forme de cancer invasif. Par contre, les dysplasies à noyau irrégulier et même les épithéliomas intra-épithéliaux sont plus fréquents (MUSSET).

Dans le premier cas, le traitement du carcinome prime sur celui du prolapsus.

Dans le second, l'amputation du col ou l'hystérectomie sera souvent le temps nécessaire au cours de la cure du prolapsus.
A propos de l'association du prolapsus au cancer nous avons relevé deux observations dans notre service :

- un carcinome malpighien du vagin. Il s'agissait d'une malade de 73 ans, porteuse de prolapsus depuis 17 ans, lequel avait évolué jusqu'au troisième degrè (dossier n° 6I08).
- dans le second cas il s'agit d'une malade de 74 ans, porteuse d'un prolapsus du deuxième degrè avec énorme cystocèle, mais, l'utérus, gros comme un melon, restait enclavé dans le petit bassin avec des métrorragies et la biopsie de l'endomètre (dossier n° I073 A) montra un adéno-carcinome.

MERGER trouve, sur 750 cas 2,9 % cas d'associations. Il conclut que ce pourcentage est nettement supérieur à celui des autres auteurs mondiaux. Pour lui, le traitement de carcinome prime sur celui du prolapsus.

7°/ Les lésions inflammatoires

Elles seront systématiquement recherchées, qu'elles soient cervicales, vaginales ou annexielles et leur traitement préalable s'impose avant la cure chirurgicale du prolapsus.

8°/ Les malpositions utérines

La plus fréquente est la rétroversion. Nous l'avons retrouvée dans 4 observations, soit 2 % dans notre service.

IV - FORMES CLINIQUES

1°/ Prolapsus de la jeune fille et de la nullipare

Il semble que ces prolapsus surviennent avant l'âge de trente ans et se manifestent par l'extériorisation progressive du col. Il n'existe pas de participation colporéale, surtout après la ménopause, dans les formes moins accentuées.

2°/ Prolapsus de la femme en âge de procréer

Dans ces formes, il faut surtout s'enquérir du désir ou non d'avoir des enfants. Il faut surtout éviter les interventions mutilatrices sur le temps moyen (le col), souvent génératrices des dystocies.

3°/ Prolapsus de la femme aux abords de la ménopause

Dans ces cas, les prolapsus sont souvent plus accentués avec une diminution importante de la tonicité musculaire, souvent du deuxième degrè et accompagnés de cystocèle. Le col utérin est souvent œdématié, déchiré, avec un allongement hypertrophique ou atrophique. Dans ce cas, il faut essayer de garder le canal vaginal fonctionnel.

4°/ Prolapsus de la femme très âgée

Souvent du troisième degrè à la suite de l'atrophie musculaire et fibro-ligamentaire. Ils s'accompagnent d'incontinence potentielle et de rétention.

5°/ Les prolapsus après hystérectomie

Le prolapsus après hystérectomie ne dépend pas du type d'hystérectomie ; en elle-même, l'hystérectomie ne crée pas un tel désordre anatomique pour provoquer la survenue d'un prolapsus, si on prend bien soin de faire le geste nécessaire sur les moyens de fixité isthmique : cloisonnement recto-vésical dans les totales, cervicopexies dans les sub-totales et soutènement ligamentaire pelvien dans les vaginales.

Douze observations dans notre série : toutes auraient subi une hystérectomie sub-totale plusieurs années avant.

Sur le plan anatomique on peut observer plusieurs types :

1er type, il s'agit d'une béance vulvaire avec un déroulement modéré des parois vaginales.

Second type, celui-ci, par contre est aisé à traiter.
Il y a une rectrocèle prédominante ou même isolée, alors que la vessie et parfois le col restant sont bien maintenus. Il faut rechercher une élytrocèle possible.

Troisième type anatomique, se présente comme une cystocèle isolée ou prédominante, il y a une association de prolapsus vaginal importante. Ici, le traitement chirurgical s'avère très difficile et l'étude clinique et radiologique doivent être très minutieuses.

Le quatrième type, fait suite à une hystérectomie vaginale lorsque la création d'un soutènement ligamentaire pelvien a été négligée. Les parois vaginales étant relativement maintenues en place par les ailerons latéraux, on voit une chute de tout le fond vaginal s'accompagnant d'une entérocèle plus ou moins volumineuse.

Le cinquième type, c'est le prolapsus total. Il s'agit plus ou moins d'une inversion des parois vaginales, mais le plus souvent de la paroi antérieure. Il existe une béance de l'orifice vulvaire.

6°/ Récidive et complications post-opératoires

Pour P. VAYRE, le risque de récidive dans la cure des prolapsus est de 10 % dans les meilleures mains. Mais, selon qu'elle survient plus tôt ou plus tard, il s'agira :

- soit d'une erreur de technique ayant entraîné la négligence d'un temps antérieur, moyen ou postérieur ; la récidive dûe à cette erreur technique se voit dans la première année qui suit l'intervention. Tandis qu'une récidive qui se voit après la deuxième année est souvent dûe à une involution tissulaire.
  Dans notre service nous avons relevé neuf récidives, soit 4,5 % .
  Elles se présentaient comme suit :

  - 3 cystocèles
  - 1 urétrocèle associée à une recto-élytrocèle
  - 1 cysto-rectocèle
  - 2 incontinences d'effort
  - 1 élytrocèle pure
  - 1 hystéroptose.

Quant aux complications post-opératoires, la plus fréquente est la maladie thrombo-embolique se manifestant, soit par la phlébite des membres inférieurs, soit l'embolie pulmonaire.

Huit dans notre série, soit 4 %, dont 5 phlébites et 3 embolies, pas de décès.

Enfin, pour la femme très agée c'est l'ictus qui constitue la complication la plus grave - trois décès -

V - EXAMENS COMPLEMENTAIRES

- Les examens bactériologiques d'urine, culture antibiogramme seront demandés chez les femmes cystalgiques . Ils éviteront de traiter inutilement par les antibiotiques ces femmes ayant des troubles vésicaux mais des urines stériles.

Ils permettent de découvrir l'infection urinaire et d'en rechercher la cause afin d'en traiter l'agent microbien, ce qui fait disparaître les troubles fonctionnels rattachés abusivement au prolapsus.

- Biopsie : les cols prolabés et traumatisés sont kératinisés, leucoplasiques, ulcérés et saignent. Ils seront biopsiés en vue de vérifier la bénignité de ces lésions.

- Les frottis : les frottis vaginaux, exo et endocervicaux seront systématiques chez ces femmes atteintes de prolapsus et leucorréiques, de même que chez celles présentant des métrorragies.

Frottis endo-utérins par aspiration lorsqu'il n'y a pas de métrorragie. Dans le cas contraire, l'hystérographie et le curetage biopsique complèteront l'investigation.

- Hystérographie : permet d'étudier la morphologie de la cavité utérine et la recherche de l'allongement supra-vaginal du col, enfin, la mesure de l'amplitude de la mobilité utérine.

- Urographie intra-veineuse : cet examen n'est pas indispensable mais lorsque les signes urinaires sont suffisamment expressifs, il devient obligatoire. En effet, ABOULKER a décrit des ectasies uretérales dues à l'étranglement des uretères par les artères utérines mises en tension par le prolapsus.

A ce propos, dans notre série, nous avons relevé une observation d'une dilatation urétéro-pyelo-calicielle due à une striction de l'uretère gauche intra-mural.

- Cystographie : n'a pas d'intérêt, en effet, souvent pratiquée sur la femme couchée, la cystographie opacifie une cystocèle, cela n'est pas constant sur la face, sur le profil elle devient plus intéressante (BETHOUX).

- L'urétro-cystographie : peut être mictionnelle ou rétrograde. Elle permettrait de mesurer les deux angles urétraux antérieurs formés par l'axe de l'urètre et de la vessie pleine et l'angle postérieur formé par l'axe de l'urètre et le plan du plancher vésical (Angle de JEFF-COATE).

- Le colpocystogramme : diagramme cinétique des viscères pelviens obtenu en reportant sur un calque l'ombre des viscères pelviens opacifiés et radiographiés sur une femme debout de profil, d'abord au cours d'effort de

retenir et ensuite au cours d'effort de poussée abdominale. Ceci permet de voir l'effacement ou non de l'angle urétro-vésical. En effet, cet angle, sous la poussée abdominale, s'efface sur le colpo-cytogramme normal.

ETUDE DES OBSERVATIONS

L'ensemble de nos deux cents observations comprend des patientes dont l'âge varie entre vingt deux ans et quatre vingt six ans.

Pour clarifier cette étude, nous les avons regroupées en tranches d'âge de 10 ans et nous avons essayé, pour chaque observation, de faire ressortir les principaux éléments constitutifs du prolapsus.

Un tableau général nous permet de bien mettre en évidence la progression des lésions anatomiques et l'augmentation très sensible de survenue des prolapsus en fonction de l'âge.

En effet, sur les 200 prolapsus que nous avons réunis, 35 femmes étaient âgées de moins de 40 ans, soit 17,5 % de l'ensemble ; alors que 165 patientes, soit 82,5 %, étaient âgées de plus de 40 ans.

Ces chiffres sont très proches de ceux présentés au Congrès de Chirurgie de 1970 (Paris - septembre) dans le rapport du Professeur G. CERBONNET et de ses collaborateurs.

Ces auteurs, par l'étude des publications parues ces trente dernières années, ont remarqué que 80 % des prolapsus s'observent chez des femmes de 40 à 70 ans, 10 % de 20 à 40 ans et 10 % de 70 à 90 ans.

Nous avons, quant à nous, remarqué qu'il existe une sorte de plateau si l'on considère la fréquence et l'importance des prolapsus. Ainsi nous trouvons dans notre série 92 patientes âgées de 50 à 70 ans, soit presque la moitié de nos observations et presque la totalité des prolapsus observés à cet âge entrent dans le deuxième ou le troisième degrè.

En outre, nous étudierons avec chaque tranche d'âge, les indications thérapeutiques. En effet, celles-ci dépendent moins des dégâts anatomiques que de l'âge des malades. Il est en effet essentiel, dans le cadre d'une chirurgie à visée réparatrice, d'aboutir à un résultat satisfaisant sur le plan fonctionnel chez la femme d'âge moyen, de limiter le risque opératoire chez la femme âgée par des voies d'abord peu choquantes, de permettre à une femme jeune et qui le désire d'avoir d'autres maternités.

- ANALYSE DES OBSERVATIONS ET DES RESULTATS -

I - cinq de nos malades étaient âgées de 22 à 30 ans

Parmi elles, quatre présentaient un prolapsus du premier degrè et un seul du deuxième degrè.

L'analyse des éléments anatomocliniques révélait :

- 2 cystocèles isolées
- 1 cystocèle plus rectocèle
- 2 rectocèles isolées
- 1 allongement hypertrophique du col
- 2 incontinences urinaires d'effort
- 2 colpocystocèles.

Trois des patientes étaient mères de deux enfants, une n'en avait qu'un, la dernière ayant accouché trois fois.

Du point de vue thérapeutique

Le souci de sauvegarder la fonction génitale chez ces femmes jeunes nous a incité à une clinique limitée aux gestes destinés à corriger les troubles fonctionnels très gênants :

- deux ligamento-pexies :

  une avec périnéorraphie antérieure pour cystocèle avec incontinence.

  une avec périnéorraphie antérieure et postérieure pour rectocèle, allongement hypertrophique du col et rétroversion du troisième degrè.

- une périnéorraphie antérieure avec MARSHALL MARCHETTI pour urétrocèle et cystocèle avec incontinence.

- une périnéorraphie postérieure en deux plans avec réfection du sphincter anal pour rectocèle et rupture post-obstétricale du sphincter.

- la dernière ne fut pas opérée, malgrè un prolapsus du deuxième degrè avec cystocèle et rectocèle : une grossesse de deux mois et demi a fait repousser l'intervention. La malade n'est pas revenue après son accouchement.

Pour les quatre malades opérées les résultats furent excellents, tant au point de vue fonctionnel qu'anatomique.

II - Dans la tranche d'âge allant de 30 à 40 ans, nous trouvons trente patientes.

Six d'entre elles étaient porteuses d'un prolapsus du premier degrè, seize d'un prolapsus du deuxième degrè et quatre d'un troisième degrè.

En détaillant les éléments anatomocliniques nous trouvons :

- 12 cystocèles et rectocèles
- 20 colpocystocèles
- 9 cystocèles isolées
- 7 rectocèles avec ou sans élytrocèles
- 6 élytrocèles
- 7 allongements du col
- 2 prolapsus utérins purs
- 5 urétrocèles avec cystocèles
- 4 incontinences urinaires

Le nombre d'accouchements dans les antécédents variait de un à quatorze, avec une moyenne située autour de cinq.

Sur le plan thérapeutique ont été réalisées :

- 6 périnéorraphies antérieure et postérieure en deux plans
  - . 4 pour des prolapsus du premier degrè, deux cystorectocèles, une cystocèle isolée et une rectocèle isolée.
  - . 1 pour un prolapsus du deuxième degrè avec cystocèle et rectocèle.
  - . 1 pour un prolapsus du troisième degrè avec cystocèle et rectocèle.

- 2 périnéorraphies antérieure et postérieure avec comblement du Douglas.

  . 1 pour cystocèle avec incontinence (premier degrè)

  . 1 pour cystocèle avec incontinence (deuxième degrè)

- 3 ligamento-pexies à la "DOLERIS" avec périnéorraphie antérieure et postérieure et amputation du col.

  . dans le cas de : une cystocèle et rectocèle du troisième degrè, d'une cystocèle isolée et d'une rectocèle isolée du deuxième degrè.

- 1 réfection de la paroi abdominale avec périnéorraphie postérieure

  pour un prolapsus du deuxième degrè avec rectocèle.

- 9 hystérectomies vaginales pour :

  . 2 prolapsus utérins du premier et deuxième degrè,

  . 2 cystocèles rectocèles du troisième degrè,

  . 3 cystorectocèles du deuxième degrè,

  . 2 rectocèles dont une du premier degrè et une du deuxième degrè,

- 8 hystérectomies abdominales avec périnéorraphie antérieure et postérieure pour :

  . 3 prolapsus du premier degrè :

    - 1 cystorectocèle
    - 1 cystocèle avec incontinence
    - 1 rectocèle avec élytrocèle

  . 5 prolapsus du second degrè :

    - 1 cystorectocèle
    - 3 cystocèles
    - 1 rectocèle

Chez quatre de ces malades,qui présentaient une incontinence urinaire, des interventions complémentaires ont été associées aux précédentes. Il s'agit :

- dans deux cas d'opérations de MARSHALL MARCHETTI
- dans deux cas d'opérations d'Emile PERRIN

Les résultats de ce groupe ont été très bons. Une seule récidive doit être signalée chez une malade qui présentait un prolapsus du deuxième degrè, traité par l'association d'une hystérectomie abdominale, une périnéorraphie antérieure et postérieure et un E. PERRIN, trois ans après l'intervention elle présentait une urétro-cystocèle accompagnée d'un syndrome fonctionnel sous forme d'une dysurie.

III - Dans le groupe de 40 à 50 ans, nous avons relevé 34 observations dont :

- 5 prolapsus du troisième degrè
- 22 prolapsus du deuxième degrè
- 7 prolapsus du premier degrè

Eléments anatomocliniques, nous retenons dans ce groupe :

. 18 cystocèles et rectocèles
. 23 colpocystocèles
. 6 cystocèles isolées
. 5 élytrocèles
. 3 prolapsus utérins purs
. 4 allongements du col
. 5 incontinences urinaires
. 1 prolapsus après hystérectomie
. 6 urétrocèles

Sur le plan thérapeutique ont été pratiquées :

. 7 périnéorraphies antérieure et postérieure en 2 plans pour 6 cystorectocèles du deuxième degrè dont une avec élytrocèle et une cystocèle isolée du premier degrè.

. 2 périnéorraphies antérieure et postérieure avec comblement du Douglas, dans le cas de :

- cystocèle et élytrocèle - colpocèle antérieure et postérieure du deuxième degrè.

. 1 réfection de la paroi abdominale avec E.PERRIN pour un prolapsus du deuxième degrè avec cystocèle et éventration abdominale.

. 9 hystérectomies vaginales pour :

- deux prolapsus du deuxième degrè, dont un utérin pur et un avec cysto-rectocèle.

- sept prolapsus du deuxième degrè dont
  . 6 avec cysto-rectocèle
  . 2 colpocèles antérieure et postérieure avec allongement du col.

. 10 hystérectomies vaginales avec périnéorraphies antérieure et postérieure, il s'agissait de ;

- deux prolapsus du deuxième degrè avec cysto-rectocèle et élytrocèle

- cinq prolapsus du deuxième degrè dont 3 cysto-rectocèles et allongement du col, un utérin pur, une cystocèle avec incontinence

- trois prolapsus du premier degrè, dont un utérin pur, une cysto-rectocèle et une colpocèle antérieure et postérieure avec incontinence.

. 4 cervico-cysto-pexies de type Emile PERRIN ont été pratiquées à titre complémentaire pour traiter les incontinences. Pour l'une d'entre elles on s'est contenté du traitement du prolapsus.

. 1 cervicectomie avec périnéorraphie antérieure et postérieure pour un prolapsus du deuxième degrè après hystérectomie sub-totale antérieure.
Dans ce groupe, les résultats nous ont semblé excellents, mises à part deux récidives.

Il faut souligner que 99 % de ces femmes étaient multipares. La moyenne étant pour chacune de quatre grossesses.

D'autre part, on remarque que toutes ont bénéficié d'interventions conservant un vagin fonctionnel.

Dans plus de la moitié des cas, une hystérectomie a été réalisée chez des femmes au voisinage de la ménopause.

Quant aux récidives, il s'agissait :

- dans un cas, d'une malade présentant un prolapsus du troisième degrè traité par hystérectomie abdominale associée à un comblement du Douglas et une intervention de E. PERRIN. Elle recidiva trois ans plus tard sous forme d'urétrocèle avec incontinence. Le problème fut résolu par une intervention de MARSHALL MARCHETTI, avec un bon résultat.

- la deuxième malade avait subi initialement une périnéorraphie antérieure et postérieure avec ligamentopexie.
  Elle récidiva sous forme d'une urétrocèle avec rectocèle et élytrocèle imposant dans un deuxième temps une colpopérinéorraphie antérieure et postérieure en deux plans.

Enfin nous éliminons deux malades qui ont refusé l'intervention après avoir subi un traitement anti-inflammatoire pour paramétrite et cervicite avant la cure du prolapsus.

IV - Parmi les malades âgées de 50 à 60 ans, nous avons relevé 48 prolapsus dont 31 du deuxième degrè, dix du troisième degrè et 7 du premier degrè.

L'analyse des éléments anatomocliniques distingue :

. 28 cystocèles et rectocèles

. 38 colpo-cystocèles
. 10 cystocèles isolées
. 2 colpocèles antérieure et postérieure
. 1 rectocèle isolée
. 4 prolapsus après hystérectomie
. 8 incontinences urinaires
. 8 élytrocèles
. 8 allongements du col
. 1 urétrocèle
. 7 prolapsus utérins purs.

Il faut remarquer que parmi ces malades, s'il existait encore trois grandes multipares, la plupart n'avait pas eu plus de trois enfants.

Les indications thérapeutiques, à cet âge, ont été portées en fonction du désir des malades de conserver ou non des rapports sexuels.

De ce fait, nous avons :

. 10 périnéorraphies antérieure et postérieure pour :
  - 1 cystocèle isolée du deuxième degrè
  - 1 rectocèle isolée du troisième degrè
  - 8 cystocèles plus rectocèles dont une du premier degrè, six du deuxième degrè et une du troisième après hystérectomie.

. 3 périnéorraphies antérieure et postérieure avec cervicectomie, pour :
  - 2 prolapsus du deuxième degrè avec cystocèle-rectocèle
  - 1 prolapsus du deuxième degrè avec cystocèle isolée

. 3 périnéorraphies antérieure et postérieure avec ligamentopexies, il s'agissait de :
  - un prolapsus du troisième degrè avec cystocèle-rectocèle
  - un prolapsus du deuxième degrè avec cystocèle-rectocèle
  - un prolapsus du premier degrè avec cystocèle isolée.

. 1 amputation du col avec périnéorraphie antérieure et postérieure, pour prolapsus du troisième degrè avec cystocèle-rectocèle

.21 hystérectomies vaginales pour :

- 11 cysto-rectocèles du deuxième degrè
- 6 cystocèles isolées dont 4 prolapsus du deuxième degrè, 1 du premier degrè, 1 du troisième degrè.
- 4 prolapsus utérins purs, deux du deuxième degrè, et deux du premier degrè

. 1 colpo-hystérectomie avec comblement vaginal pour prolapsus du troisième degrè avec cysto-rectocèle

. 5 hystérectomies abdominales, pour

- 1 prolapsus du premier degrè avec incontinence
- 2 prolapsus du deuxième degrè avec cysto-rectocèle et incontinence
- 2 prolapsus du troisième degrè dont un utérin pur, un avec colpocèle antérieure et postérieure

. 1 périnéorraphie postérieure pour colpocèle postérieure du deuxième degrè

Une malade ne fut pas opérée.

Les résultats sont bons, on ne déplore qu'une récidive sous forme d'élytrocèle et un décès dans la période post-opératoire.

V - Entre 60 et 70 ans, nous avons répertorié 43 observations parmi lesquelles on distinguait :

. 22 prolapsus du deuxième degrè
. 16 du troisième degrè
. 5 du premier degrè

On pouvait séparer sur le plan anatomoclinique :

- 22 cystocèles rectocèles
- 33 colpocystocèles
- 11 cystocèles isolées
- 7 prolapsus utérins purs
- 4 prolapsus après hystérectomie
- 2 rectocèles isolées
- 8 élytrocèles
- 12 allongements hypertrophiques du col
- 3 incontinences urinaires

Un point intéressant à noter : il semble qu'à cet âge l'incidence de la multiparité sur l'apparition des prolapsus soit moins évidente que chez les femmes plus jeunes. En effet, toutes ces malades avaient eu des enfants, mais la plupart n'avaient pas accouché plus de deux fois.

Les traitements appliqués ont consisté en :

- 9 périnéorraphies antérieure et postérieure qui ont été réalisées dans les cas de prolapsus avec cystocèle et rectocèle, dont 3 du premier degrè et 6 du deuxième.
- 4 périnéorraphies antérieure et postérieure associées à une cervicectomie, pour prolapsus du col restant avec cystocèle isolée ; deux étaient du troisième degrè, et un du deuxième degrè, et un pour colpocèle antérieure et postérieure du deuxième degrè.
- 19 hystérectomies vaginales dans les indications suivantes
  - 8 cysto-rectocèles dont 5 du deuxième degrè et 3 du troisième degrè
  - 4 cystocèles isolées réalisant 3 prolapsus du deuxième degrè et un du premier degrè.

- 5 prolapsus utérins purs dont 2 du troisième degrè et 3 du deuxième degrè
- 2 rectocèles isolées : une du deuxième degrè, et une du troisième degrè.

. 7 colpo-hystérectomies avec comblement du vagin

- 2 pour prolapsus utérin purs du troisième degrè
- 3 pour prolapsus du troisième degrè avec cysto-rectocèle
- 2 pour prolapsus avec cystocèle isolée du deuxième et troisième degrès.

. 1 hystérectomie abdominale avec périnéorraphie antérieure et postérieure et comblement du Douglas

pour une cysto-rectocèle du troisième degrè.

. 2 ligamento-pexies dont une complétée par une intervention de MARSHALL MARCHETTI pour cystocèle isolée du premier degrè.

Une malade ne fut pas opérée. L'intervention étant contre-indiquée devant une forte hypertension.

Les résultats obtenus ont été excellents sauf dans deux cas :

- une récidive sous forme de cystocèle
- une récidive sous forme d'hystéroptose chez une femme ayant subi dans un premier temps une périnéorraphie antérieure et postérieure.

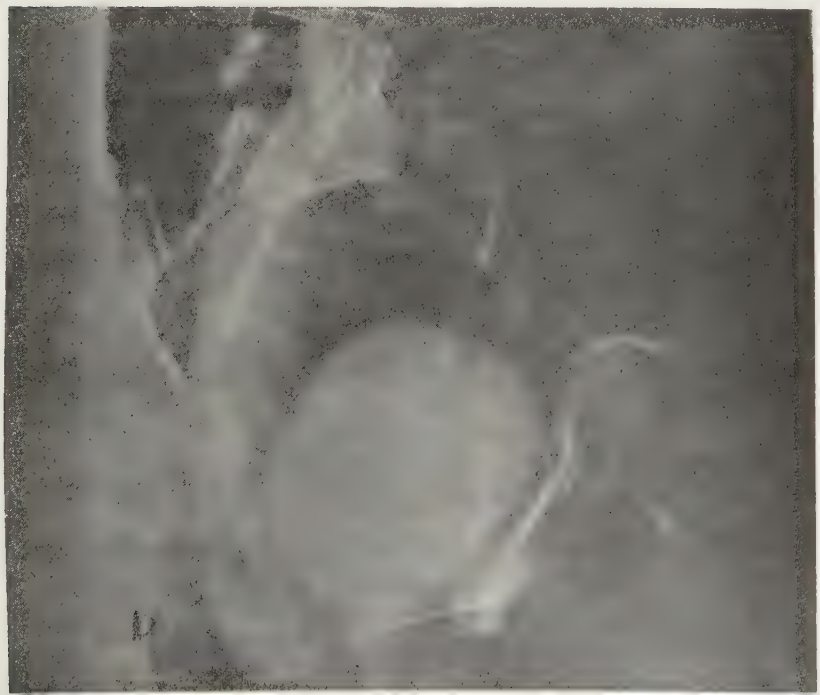
Enfin, il nous a paru intéressant de rapporter ici une observation qui souligne le rôle néfaste que peut jouer un prolapsus négligé sur l'appareil urinaire :

FIGURE 12

RETENTISSEMENT DU PROLAPSUS SUR L'APPAREIL URINAIRE
- Dilation pyélo-calicielle -

FIGURE 13

DILATATION DE L'URETERE PELVIEN
(striction de portion intra-murale)



Il s'agit d'une malade qui présentait un prolapsus génital connu depuis 1930. Elle portait un péssaire depuis 1948, ce qui n'avait pas empêché le prolapsus de s'accentuer. Vue en consultation en 1965, elle présentait un prolapsus extériorisé, une température à 40°, oscillante et tenace, des douleurs hypogastriques sans irradiations, une pollakiurie, des brûlures mictionnelles et une pyurie. Les examens révélaient une pyélonéphrite. A l'U.I.V, on découvrait une dilatation pyélo-calicielle avec sténose dans la région intra-murale de l'uretère droit. La vessie étant complètement extériorisée.

Elle subit une colpohystérectomie avec comblement vaginal. Les résultats furent excellents.

VI - Dans le groupe de 70 à 80 ans, nous avons regroupé 34 observations dont 3 prolapsus du premier degrè, 8 du deuxième degrè et 23 du troisième degrè.

Là encore l'incidence de la multiparité est beaucoup moins sensible que chez les femmes jeunes ; le relâchement global de tous les tissus semblant jouer le rôle prépondérant. Soulignons encore la fréquence de prolapsus graves chez les femmes ayant dépassé 70 ans.

L'étude des éléments anatomocliniques permet de distinguer :

- 15 cystocèles rectocèles
- 22 colpocystocèles
- 7 rectocèles isolées
- 2 rectocèles
- 5 prolapsus utérins purs
- 3 prolapsus après hystérectomie
- 2 colpocèles antérieure et postérieure
- 6 allongements du col
- 5 élytrocèles
- 1 incontinence

L'analyse des moyens thérapeutiques utilisés montre l'intérêt de la voie vaginale chez les femmes âgées. Elle élimine les accidents respiratoires post-opératoires et permet d'avoir dans la plupart des cas des suites simples. L'amélioration simultanée des conditions d'anesthésie explique que les contre-indications soient devenues très rares.

Nous retrouvons ainsi :

- 3 périnéorraphies antérieure et postérieure pour cystorectocèle sur prolapsus du premier et deuxième degrè.

- 3 périnéorraphies antérieure et postérieure avec cervicectomie pour trois cols restants dans des prolapsus du premier, deuxième et troisième degrè..

- 1 périnéorraphie antérieure et postérieure avec ligamentopexie pour un prolapsus du deuxième degrè avec cystocèle.

- 6 hystérectomies vaginales pour :

  . 1 prolapsus du deuxième degrè avec cystocèle
  . 2 prolapsus du troisième degrè avec cystocèle rectocèle
  . 3 prolapsus du troisième degrè utérins purs
  . 1 prolapsus du troisième degrè avec rectocèle

- 12 colpohystérectomies avec comblement vaginal pour :

  . 3 prolapsus du deuxième degrè :
    - 2 cysto-rectocèles
    - 1 prolapsus utérin pur

  . 9 prolapsus du troisième degrè :
    - 4 cysto-rectocèles
    - 2 cystocèles isolées
    - 2 prolapsus utérins purs
    - 1 rectocèle isolée

- 5 opérations de LEFORT :

  . 4 pour prolapsus du troisième degrè avec cystocèle et rectocèle

  . 1 pour colpocèle antérieure et postérieure

Des gestes complémentaires ont dûs être pratiqués, il s'agit :

- d'une radiothérapie après hystérectomie abdominale pour cancer du col associé à un prolapsus du deuxième degrè avec cystocèle

- une radiothérapie isolée pour prolapsus du troisième degrè associé à un épithélioma du vagin

- une curithérapie pré-opératoire sur un épithélioma du vagin, suivie d'une colpohystérectomie avec comblement vaginal.

- Une malade a refusé l'intervention pour prolapsus du du troisième degrè.

Dans ce groupe nous devons signaler deux récidives :

- Le première chez une malade qui présentait un prolapsus du deuxième degrè associé à un adénocarcinome de l'endomètre. Elle fut traitée par une hystérectomie abdominale avec suspension du fond vaginal, suivie de curithérapie et d'une périnéorraphie antérieure et postérieure secondaires pour cystocèle et rectocèle.

Elle récidiva douze mois plus tard sous forme de cystocèle et rectocèle. Les périnéorraphies antérieure et postérieure furent reprises avec des résultats satisfaisants.

- Dans le second cas, il s'agissait d'une femme de 78 ans présentant un prolapsus du troisième degrè qui comportait un allongement hypertrophique du col, des leucorrhées nauséabondes et des métrorragies. Deux ans après une colpohystérectomie avec comblement vaginal, elle présenta une incontinence urinaire d'effort pour laquelle on se contenta d'un traitement médical (ETHYNOL).

D'autre part, nous avons jugé qu'il était bon de rapporter ici deux observations montrant la possibilité d'association d'un cancer à un prolapsus :

- La première concerne une femme de 78 ans, présentant un prolapsus vaginal depuis 17 ans et portant un pessaire. Elle consulte pour des pertes jaunâtres et hémorragiques. On découvre à l'examen une volumineuse tumeur vaginale de la taille d'un pamplemousse, insérée sur un prolapsus du troisième degrè. La biopsie confirme un carcinome malpighien surinfecté. l'U.I.V. montre une dilatation pyélo-calicielle. Le traitement n'a pu consister qu'en une radiothérapie en trois champs (2 inguinaux et un périnéal).

- La seconde observation est celle d'une malade de 73 ans présentant un prolapsus du troisième degrè avec cystocèle, rectocèle et élytrocèle et des pertes rosées. A l'examen, l'utérus paraissait de volume sensiblement normal.

  Une colpohystérectomie avec comblement vaginal est pratiquée. La pièce paraît suspecte à l'examen macroscopique. Ce que confirme l'anatomie pathologique qui révèle l'existence d'un épithélioma glandulaire d'aspect papillaire et végétant d'origine isthmique.

VII - Après 80 ans, nous avons retrouvé 6 observations :

- 3 prolapsus du troisième degrè avec cystocèle rectocèle
- 2 prolpasus du deuxième degrè avec cystocèle isolée
- 1 prolapsus utérin pur du troisième degrè
- 1 incontinence.

Au point de vue thérapeutique ont été pratiquées :

- 1 hystérectomie vaginale intra-fasciale pour cystocèle rectocèle
- 2 colpohystérectomies avec cloisonnement vaginal pour cystorectocèles
- 2 opérations de LEFORT pour prolapsus du troisième degrè avec cystocèle isolée ; dans un cas associée à une amputation du col, dans l'autre à une intervention de MARION pour traiter l'incontinence.
- une malade ne fût pas opérée.

Sur les cinq opérées nous avons trois excellents résultats, par contre, deux des malades sont décédées à la suite de complications post-opératoires.

Au total, sur les 200 observations dépouillées, nous retrouvons sur le plan thérapeutique :

- 40 périnéorraphies antérieure et postérieure en 2 plans,
- 4 périnéorraphies antérieure et postérieure avec comblement du Douglas,
- 66 hystérectomies vaginales ; toutes celles qui sont pratiquées depuis trois ans étant intra-fasciales, ce qui permet de limiter la colpectomie antérieure,
- 26 colpohystérectomies avec comblement transversal du vagin,

- 24 hystérectomies abdominales avec périnéorraphies antérieure et postérieure, parfois associées à un geste complémentaire visant à traiter les troubles urinaires.
  Cette technique est de moins en moins employée dans le Service. Il s'agit surtout d'observations assez anciennes,
- 11 cervicectomies avec périnéorraphie antérieure et postérieure,
- 7 opérations de LEFORT, aujourd'hui abandonnées,
- 11 ligamentopexies antérieures associées à une périnéorraphie antérieure et postérieure,
- 2 périnéorraphies antérieure et postérieure avec amputation du col,
- 1 périnéorraphie postérieure en deux plans avec réfection du sphincter anal,
- 7 non opérées :
  - une fois l'intervention était contre-indiquée par grossesse de deux mois et demi,
  - trois malades ont refusé l'intervention,
  - deux autres, âgées de plus de 80 ans, étaient dans un état général trop précaire. Pour l'une d'elle on se contenta de l'ablation d'un pessaire à l'origine d'ulcérations vaginales.

Dans plusieurs cas, les suites opératoires ont été troublées par des complications :

- 5 phlébites des membres inférieurs,
- 3 embolies pulmonaires,
- 3 ictus apoplectiques,
- 1 spasme bronchique.

Quatre malades sont décédées, soit 2 % du total.

- Trois suppurations de la cloison recto-vaginale ont été à l'origine de lâchage de suture et d'une récidive sous forme de recto-élytrocèle.

- Les récidives sont au nombre de 9 :

. 3 cystocèles
. 1 cystocèle-rectocèle
. 1 recto-élytrocèle
. 1 élytrocèle pure
. 1 hystéroptose
. 2 incontinences urinaires.

Au total, sur les 200 observations, 193 malades ont subi une cure chirurgicale, 180 ont été suivies de bons résultats au point de vue anatomique et fonctionnel, soit 90 % de succès.

Nous avons observé 9 récidives et 4 malades sont décédées dans les suites opératoires.

Les techniques de traitement par voie vaginale avec reconstitution parfaite des éléments anatomiques de soutien, employées actuellement de façon presque systématique, semblent capables de réduire le nombre de récidives et de rendre exceptionnels les décès post-opératoires qui doivent être évités à tout prix dans le cadre d'une chirurgie réparatrice.

Quant au traitement de l'incontinence urinaire, il requiert le plus souvent une cervico-cysto-pexie ou une urétro-cervico-cystopexie. L'essentiel étant de rechercher dans tous les cas une incontinence latente.

TABLEAU GÉNÉRAL : Lésions anatomiques et progression de survenu du prolapsus génital

AGES	SYMPTOMES										
	colpo-cystocèle	cystocèle rectocèle	cystocèle isolée	rectocèle isolée	élytrocèle	colpocèle antérieure et postérieure	incontinence urinaire	allongement du col	prolapsus utérin pur	prolapsus après hystérectomie	urétrocèle
20 à 30	2	1	1	2	-	-	2	1	-	-	1
30 à 40	20	11	9	7	6	-	4	7	2	-	5
40 à 50	23	18	5	1	5	5	5	4	3	1	6
50 à 60	38	28	10	1	8	2	8	8	7	4	6
60 à 70	33	22	11	2	9	1	3	12	7	4	1
70 à 80	22	15	7	2	5	2	1	6	5	3	1
80 et plus	5	3	2	-	-	-	1	2	1	-	-
TOTAL	143	98	45	15	33	10	28	40	25	12	14
%	71,5 %	49 %	22,5 %	7,5 %	16,5 %	5 %	14 %	20 %	12,5 %	6 %	7 %

THERAPEUTIQUE

I - LES MOYENS THERAPEUTIQUES

Le polymorphisme anatomo-clinique des prolapsus a incité de nombreux auteurs à rechercher des solutions pour leur traitement. Mais l'inconstance de l'efficacité de celles-ci est à la base de la multiplication des interventions créées par les différents auteurs.

Le traitement chirurgical du prolapsus génital exige beaucoup de discernement dans l'indication et une grande minutie dans la réalisation. Le risque vital, la possibilité de dyspareunie, l'inconvénient d'une incontinence urinaire secondaire ou récidivante, le désagrément d'une récidive anatomique du prolapsus, sont les principaux points de la discussion thérapeutique.

Il n'y a pas de traitement standard, mais il est nécessaire d'adopter une attitude permettant une correction raisonnée des diverses altérations anatomiques et fonctionnelles par l'association des gestes adaptés aux lésions en cause et respectant au maximum les fonctions génitales et urinaires.

A - LES PRINCIPALES INTERVENTIONS ACTUELLEMENT UTILISEES (P. VYRE)

1°/ Les interventions supprimant la perméabilité vaginale

La colpohystérectomie de ROUHIER avec myorraphie des releveurs est encore souvent utilisée chez les femmes agées pour les grands prolapsus. Le risque d'échec anatomique serait de 7 à 10 %.

L'intervention de LEFORT est aujourd'hui rarement utilisée.

2°/ Les interventions conservant la perméabilité vaginale

Pour maintenir en place les parois vaginales et les viscères adjacents, utérus, rectum, deux moyens sont possibles :

- soutenir par voie périnéo-vaginale
- suspendre par voie abdominale

2.1. par voie périnéo-vaginale pure

Les interventions par voie périnéo-vaginale pure sont susceptibles de répondre à la grande majorité des prolapsus observés en pratique courante, à conditions qu'elles traitent efficacement les diverses lésions en cause. A cet égard, les trois temps de la triple opérations périnéale (périnéorraphie antérieure, amputation du col, périnéorraphie postérieure), assureraient des résultats fidèles.

Ici, le risque d'échec serait de 7 %

Pour notre tactique thérapeutique, le temps moyen est souvent constitué par l'hystérectomie vaginale.

2.2. par voie abdominale

Les interventions qui utilisent cette voie ont pour but de rétablir les moyens de suspension de l'axe génital, voire de la vessie et du rectum, lorsqu'il existe un délabrement important des éléments de soutien périnéal. On admet dans ce cas le principe de suspendre quand on ne peut plus soutenir. Alors deux solutions sont possibles :

Les hystéropexies et les élytropexies

La classique hystéropexie à la paroi abdominale antérieure aurait une efficacité certaine pour l'hystéroptose, mais n'empêche pas l'allongement du col et favorise l'apparition d'élytrocèle. Actuellement, la suspension au promontoire s'oppose à l'hystéroptose et donne une bonne orientation de la filière génitale et efface la concavité sacrée.

Les prothèses en peau ou en tissus synthétiques

Solution efficace à réserver aux mauvais cas lorsqu'il n'y a pas d'autre possibilité plus simple, en raison d'altération tissulaire s'opposant à une réparation directe. Mais, les difficultés techniques, les complications post-opératoires (infections, lésions urinaires), le risque d'échec (10 %) doivent être connus.
Pour ceux qui les pratiquent, beaucoup préfèrent les prothèses inter-vésico-vaginales amarrées au COOPER et complétées en arrière par une promonto-fixation, au grand hamac de HUGUIER.

2.3. Les interventions combinées

La querelle entre vaginalistes et abdominalistes n'a plus de raison d'être, du fait que, statistiquement, les résultats des uns et des autres sont comparables. Ce n'est pas la voie d'abord qui est importante, mais le but à atteindre, qui guidera le choix de la modalité opératoire. Le résultat dépend de l'efficacité de la réparation des soutiens et de la suspension. Il ne faut donc pas être opposé à la voie basse ou haute, mais, plutôt en combiner les effets.

- La classique opération dite Triple à la Française (colpo-périnéorraphie antérieure et postérieure associée à une hystéropexie abdominale antérieure) comporte un risque

d'échec de 15 % et la moitié des récidives, souvent, sous forme d'élytrocèles. Elle devrait être complétée par un comblement du cul-de-sac péritonéal de Douglas.

- La double colpopérinéorraphie associée à une promonto-fixation aurait un risque d'échec de 5 %.

- Les prothèses inter-vesico-vaginales avec promonto-fixation associées à une colpopérinéorraphie postérieure représenteraient la modalité la plus récente.

3°/ Le problème de l'incontinence urinaire

La plupart du temps le traitement correct de la colpocystocèle avec refection du plancher sous vésical type HALBAN, permet de rétablir la continence urinaire. Mais, souvent, il est necessaire d'accomplir un geste complémentaire. Trois modalités sont essentielles :

- l'urétro-cervico-cystopexie ou opération de MARSHALL, MARCHETTI, KRANTZ.

- la cervico-cystopéxie ou opération de Emile PERRIN.

- les frondes sous-urétro-cervicales fixées en haut et en avant dans la région sus-pubienne. Enfin, les colpopexies rétropubiennes ayant un effet de fronde par suspension de la paroi vaginale antérieure.

Il n'y a pas de traitement standard de l'incontinence urinaire ; selon le cas, chaque chirurgien doit adapter le procédé qui paraît le plus propice en fonction des lésions et de la technique utilisée conjointement pour la cure du prolapsus.

C'est ainsi que dans le service de Gynécologie de Grenoble (Professeur Robert CONTAMIN), après les publications faites ces vingt dernières années, l'on a toujours adopté la même tactique thérapeutique, dont les résultats ont toujours été excellents.

B - LES TECHNIQUES UTILISEES DANS NOTRE SERVICE SONT :

1 - PERINEORRAPHIE ANTERIEURE AVEC SUTURE DU FASCIA de HALBAN

2 - PERINEORRAPHIE POSTERIEURE EN DEUX PLANS

3 - HYSTERECTOMIE VAGINALE INTRAFASCIALE

4 - COLPOHYSTERECTOMIE avec CLOISONNEMENT TRANSVERSAL

5 - LES PEXIES ANTERIEURES ASSOCIEES AU COMBLEMENT DU CUL-DE-SAC PERITONEAL de DOUGLAS

Enfin les gestes complémentaires en cas de lésions associées sont :

- l'urétro-cervico-cystopexie de MARSHALL MARCHETTI
- l'opération de PERRIN ou cervico-cystopexie.
- la technique de réparation des grands délabrements du périnée postérieur avec rupture du sphincter anal post obstétricale.

Nous allons décrire brièvement les techniques les plus couramment utilisées.

1 - PERINEORRAPHIE ANTERIEURE AVEC SUTURE DU FASCIA de HALBAN

La périnéorraphie antérieure a pour but de replacer la vessie dans sa position normale et de l'y maintenir. Pour ce faire, il faut réséquer la partie médiane, distendue, de la paroi antérieure du vagin et reconstituer sous la vessie un plancher solide entre le pubis et le col, grâce à la dissection et la suture du Fascia d'HALBAN.

TECHNIQUE

- Incision de CROSSEN

Incision transversale pré et sus-cervicale du vagin à la jonction cervico-vaginale. Le bistouri entaille franchement la muqueuse qu'il incise transversalement sur deux centimètres.

La lèvre supérieure de l'incision est soulevée par une pince à disséquer, quelques tractus se tendent ; ils sont sectionnés par les ciseaux courbes. On tombe immédiatement dans un plan de clivage qui s'ouvre aisément.

- Clivage inter-cervico-vaginal

Les ciseaux courbes, concavité ouverte en avant, sont engagés dans l'incision et pénètrent dans le plan de clivage sans quitter le contact avec la face profonde de la muqueuse vaginale sous laquelle leur bec fait saillie. Poussés doucement et fermés, les ciseaux pénètrent de quelques centimètres, ils sont alors ouverts et retirés ouverts, la vagin est ainsi décollé sur toute la largeur de leur ouverture. La manoeuvre est reprise deux ou trois fois, elle ne détermine aucune hémorragie. Le vagin décollé est sectionné aux ciseaux droits verticalement sur la ligne médiane, perpendiculairement à la première incision.

Des pinces en coeur ou en T amarrent les deux lambeaux ainsi constitués et le décollement est poussé jusqu'à un centimètre en dessous de l'orifice du méat urétral. De légers coups de ciseaux sectionnent les fibres qui s'étendent entre la face profonde de la paroi vaginale et la vessie ; enfin, le décollement est poursuivi à la compresse jusqu'aux branches ischio-pubiennes.

- Le décollement et la libération de la vessie

A la compresse, on décolle la vessie jusqu'au bord latéral du col, une ou deux veines sont liées. Ensuite, sur la ligne médiane, la vessie saisie entre le pouce et l'index fait tendre les tractus vésico-cervicaux qui sont sectionnés au ras du col. La libération de la vessie sur la face antérieure du col peut se poursuivre jusqu'à la face antérieure de l'isthme utérin. Il faut lier deux pédicules de part et d'autre de la ligne médiane à proximité de l'extrémité du col.

- Dissection du Fascia d'HALBAN

A la face profonde du lambeau vaginal bien étalé, tendu par des pinces en coeur, à l'aide du bistouri légèrement manié, on trace une incision arciforme à un demi-centimètre du bord vertical libre du volet muqueux.

FIGURE 14

TECHNIQUE DE RECHERCHE ET DE DISSECTION DU FASCIA INTER-VESICO-VAGINAL SELON HALBAN

A Incision de la paroi vaginale antérieure

B Dissection de la paroi antérieure du vagin

C Le doigt sépare le fascia vésico-vaginal de la vessie et de la paroi vaginale

D A droite, le fascia vésico-vaginal est séparé du vagin

E Section des insertions utérines du fascia vésico-vaginal

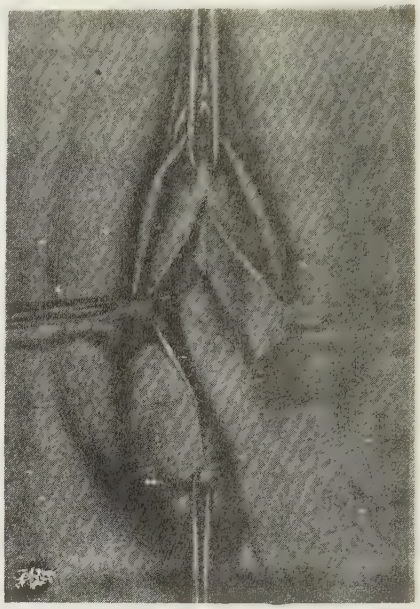
F Cette vue d'incision pour amputation du col, montre l'importance de la résection triangulaire du fascia vésico-vaginal.

FIGURE 14

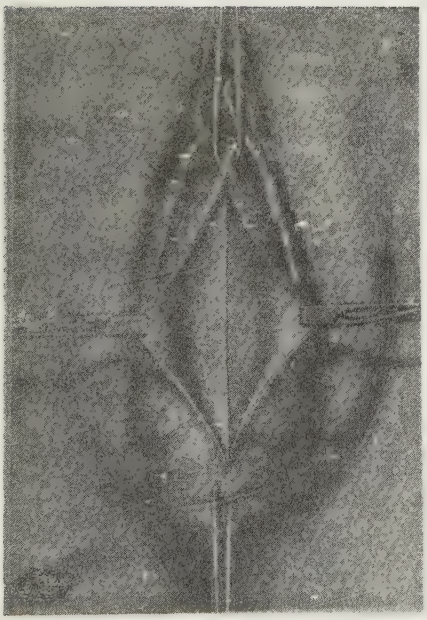
TECHNIQUE DE RECHERCHE ET DE DISSECTION DU FASCIA INTER-VESICO-VAGINAL SELON HALBAN

A

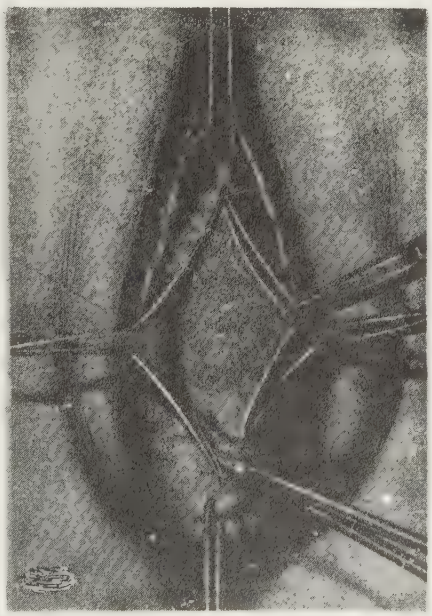
B



C



D



E

F

La pince à disséquer soulève la lèvre antérieure de l'incision ; les ciseaux de Mayo sectionnent à petits coups des tractus, s'enfonçant dans le plan du clivage, qu'ils élargissent en écartant leurs branches ; le fascia se dégage. La dissection est poursuivie en haut jusqu'à la région sous-urétrale et latéralement aux branches ischio-pubiennes ou aux muscles releveurs de l'anus.

On procède de la même façon du côté opposé.

- Raccourcissement et suture du Fascia d'HALBAN

Une fois la dissection terminée, la partie moyenne du fascia est largement réséquée et les deux lambeaux latéraux seront suturés afin de former un hamac bien tendu. Parfois, on peut ne pas réséquer mais pratiquer des sutures en bourses, ou même imbriquer les deux lambeaux par une double suture en "paletot". Les derniers points solidarisent le fascia à l'isthme utérin. Dans certains cas, où la cystocèle est trop importante, on peut, avant la suture du Fascia d'HALBAN, faire une plicature de la vessie par quelques points en bourses superposées.

Les derniers points de la suture du Fascia de HALBAN doivent solidariser celui-ci à la face antérieure de l'isthme utérin.

On termine la périnéorraphie antérieure par la colporraphie antérieure, après résection à la demande de la muqueuse vaginale antérieure.

Cette résection de la muqueuse ne sera jamais exagérée.

2 - LA PERINEORRAPHIE POSTERIEURE EN DEUX PLANS

La réparation des dégâts du périnée postérieur, de l'éculement de l'éperon périnéal, de la hernie du rectum et du cul-de-sac péritonéal de Douglas (élytrocèle), ne saurait se contenter d'un simple rapprochement du muscle releveur et d'une suture de la muqueuse vaginale. Elle exige un plan profond solide qui assurera la perénnité de la réfection ; à cette fin, elle utilisera l'élément anatomique solide que constitue la gaine fibreuse antérieure du rectum, qui, chez la femme normale, s'oppose à la poussée en avant et en bas de l'intestin terminal entraînant secondairement le cul-de-sac péritonéal. Cette gaine, en cas de prolapsus, ne se trouvera plus en avant du rectum mais plus latéralement rétractée sur ses attaches pariétales.

TECHNIQUE DE REFECTION DU PERINEE POSTERIEUR

Elle comprend deux temps opératoires :

1°/ Un temps de dissection de la paroi vaginale postérieure :

- incision et dissection du périnée
- découverte des hémi-gaines pré-rectales
- dissection des hémi-gaines

2°/ Une réfection de la paroi vaginale postérieure.

1.1. Dissection de la paroi vaginale postérieure

1.1.1. Incision et dissection du périnée

Après avoir mis en place un écarteur de Villard, on procède à l'incision arciforme de la fourchette vulvaire. Puis une incision sagittale médiane perpendiculaire à l'incision arciforme précédente, qui atteindra la lèvre postérieure du col utérin. Les décollements vulvo-périnéal, puis vagino-rectal, se font à la manière de LAWSON-TAIT.

La séparation en cette zone scléro-cicatricielle nécessite une hémostase soigneuse des nombreux petits vaisseaux. Une fois cette zone dépassée, la dissection devient plus facile. La séparation entre le vagin et le rectum doit se faire au voisinage immédiat de la muqueuse vaginale afin d'éviter l'ouverture de l'intestin terminal.

1.2. Découverte des hémi-gaines pré-rectales

Le temps capital de la réparation est la recherche des hémi-gaines pré-rectales qui divergent en V allongé à partir du noyau fibreux central du périnée ou de ses éléments subsistants.

Les hémi-gaines sont davantage pré-latéro-rectales que réellement pré-rectales. C'est donc latéralement et parfois, très latéralement, qu'il faudra les rechercher en introduisant la pointe des ciseaux en arrière du chef profond des muscles releveurs de l'anus.

Leur ouverture crée un petit décollement où l'on peut glisser l'index et le médius de la main libre. L'écartement des deux doigts ouvre ensuite largement la zone de décollement recouvrant les hémi-gaines qui apparaissent nettement de chaque côté, blanc rosé et dont l'aspect plus brillant tranche sur les tissus environnants, rouge plus foncé.

1.3. Dissection des hémi-gaines pré-rectales

Elle doit être poursuivie jusqu'à leur terminaison dans le centre fibreux du ligament large. Avec les pinces de J.L. Faure on saisit le segment vagino-rectal des hémi-gaines dont les deux feuillets, dans leur tiers inférieur se séparent et divergent au niveau de leurs deux tiers supérieurs On ligature successivement les petits pédicules très saignants pour éviter l'encombrement du champ opératoire.

La ligature de nombreux petits vaisseaux, formant une chaîne longitudinale de 1 ou 2 centimètres en dehors de la ligne médiane, permet un décollement situé entre la muqueuse vaginale et la partie toute inférieure du fascia rétro-cervical se perdant progressivement sur le très mince fascia inter-vagino-rectal. On obtient ainsi un champ opératoire, dont le fond est constitué par le rectum, d'aspect rouge foncé, et le cul-de-sac péritonéal de Douglas, latéralement par les hémi-gaines pré-rectales.

2.1. La réfection du périnée et de la paroi vaginale postérieure

La phase essentielle en est la suture des hémi-gaines pré-rectales. Des points simples ou en X chargent dans les deux tiers supérieurs des hémi-gaines successivement le feuillet superficiel d'un côté, puis le feuillet profond, pourprendre ensuite le feuillet profond et le feuillet superficiel du côté opposé.

Les points serrés, on passe les chefs dans la muqueuse vaginale largement réséquée à la demande. On ne laissera pas de point faible entre les ligaments utéro-sacrés et la limite supérieure de la suture des hémi-gaines. La suture des hémi-gaines se poursuit, d'abord dédoublée, puis unique jusqu'au noyau central du périnée où elles ont leur insertion. Les chefs des ligatures sont, au fur et à mesure, passés dans les deux lèvres de la muqueuse vaginale conservée.

Ils assurent l'hémostase.

Enfin, l'on termine par la reconstitution de l'éperon périnéal en utilisant largement les faisceaux profonds, puis superficiels, des muscles releveurs de l'anus en prenant au passage ce qui reste des muscles périnéaux.

Les fils, après rapprochement, sont passés dans la muqueuse vaginale dont la limite inférieure est rajustée avec la peau afin de reformer la commissure vulvaire.

3 - HYSTERECTOMIE VAGINALE INTRA-FASCIALE AVEC RECONSTITUTION DE LA PAROI VAGINALE POSTERIEURE.

TECHNIQUE : doit être rigoureuse et toujours menée suivant les mêmes principes. Elle comprend quatre phases principales :

1°/ La dissection de la paroi vaginale postérieure

2°/ L'hystérectomie vaginale intra-fasciale

3°/ La suspension du fond vaginal

4°/ La reconstitution de la paroi vaginale postérieure.

1°/ La Dissection de la paroi vaginale postérieure

En raison de l'âge, de la parité et des indications particulières de l'intervention, la paroi vaginale postérieure est, dans la majorité des cas, déficiente. Sa dissection permet la mise en évidence des hémi-gaines pré-rectales, élément primordial de la reconstitution plastique terminale.

1.1. incision et dissection du périnée

Après avoir mis en place l'écarteur de Villard, on procède à l'incision arciforme de la fourchette vulvaire excisant la bande cicatricielle fréquemment rencontrée. Puis, une incision sagittale médiane, perpendiculaire à l'incision arciforme précédente, qui atteindra la lèvre postérieure du col utérin. Le décollement vulvo-périnéal puis vagino-rectal se fait à la manière de LAWSON TAIT.

FIGURE I5

VOIE D'ABORD DANS L'HYSTERECTOMIE VAGINALE INTRA-FASCIALE

1 - fascia pré-cervical

2 - fascia rétro-cervical

3 - fascia vesico-vaginal d'HALBAN

4 - ligaments vésico-utérins

5 - fascia inter-vagino-rectal

Ve - vessie

Va - vagin

D - cul-de-sac de Douglas

R - rectum

W - cul-de sac péritonéal de WALDEYER

VIF - voie d'abord intrafasciale

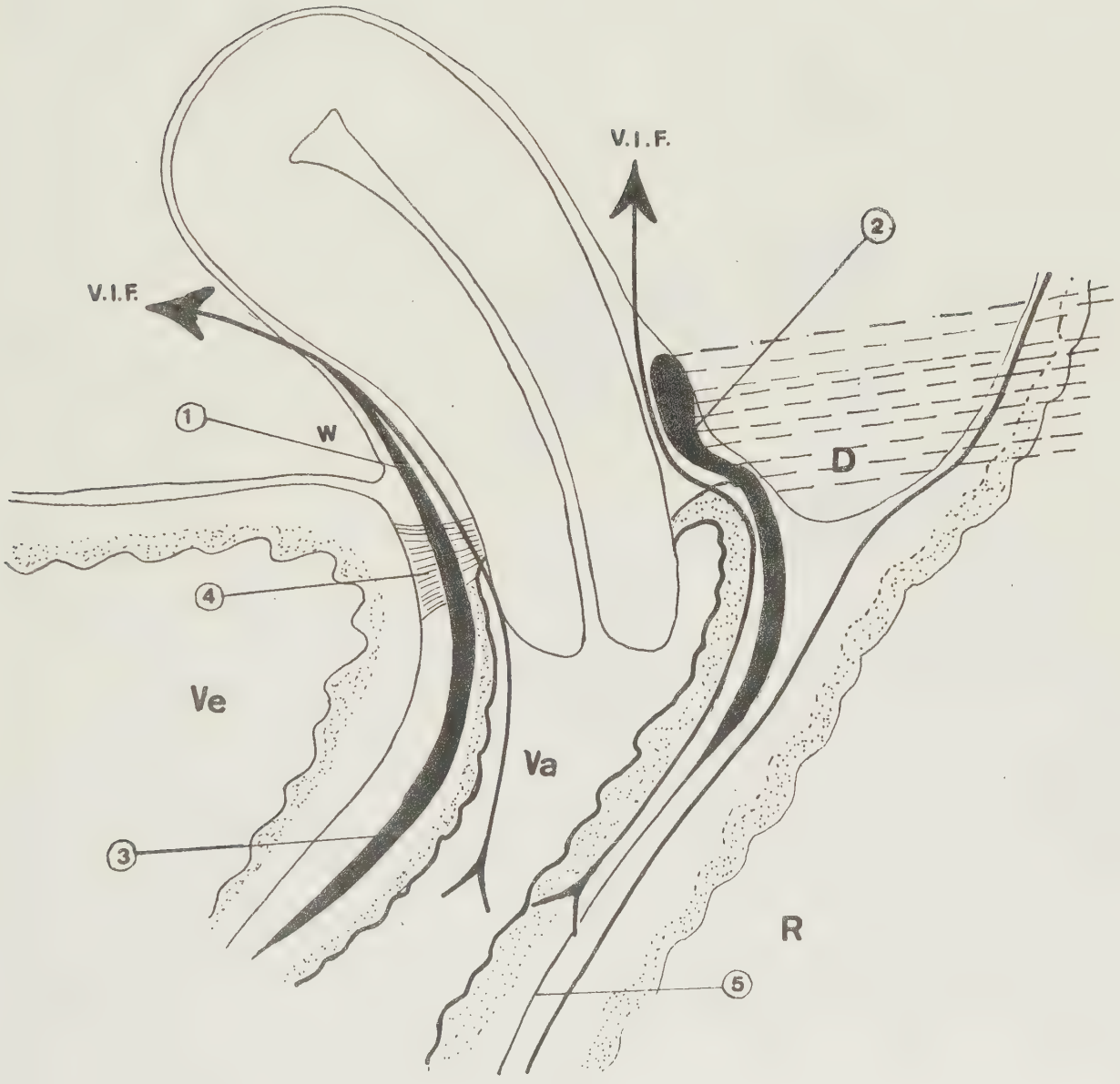


FIG.1

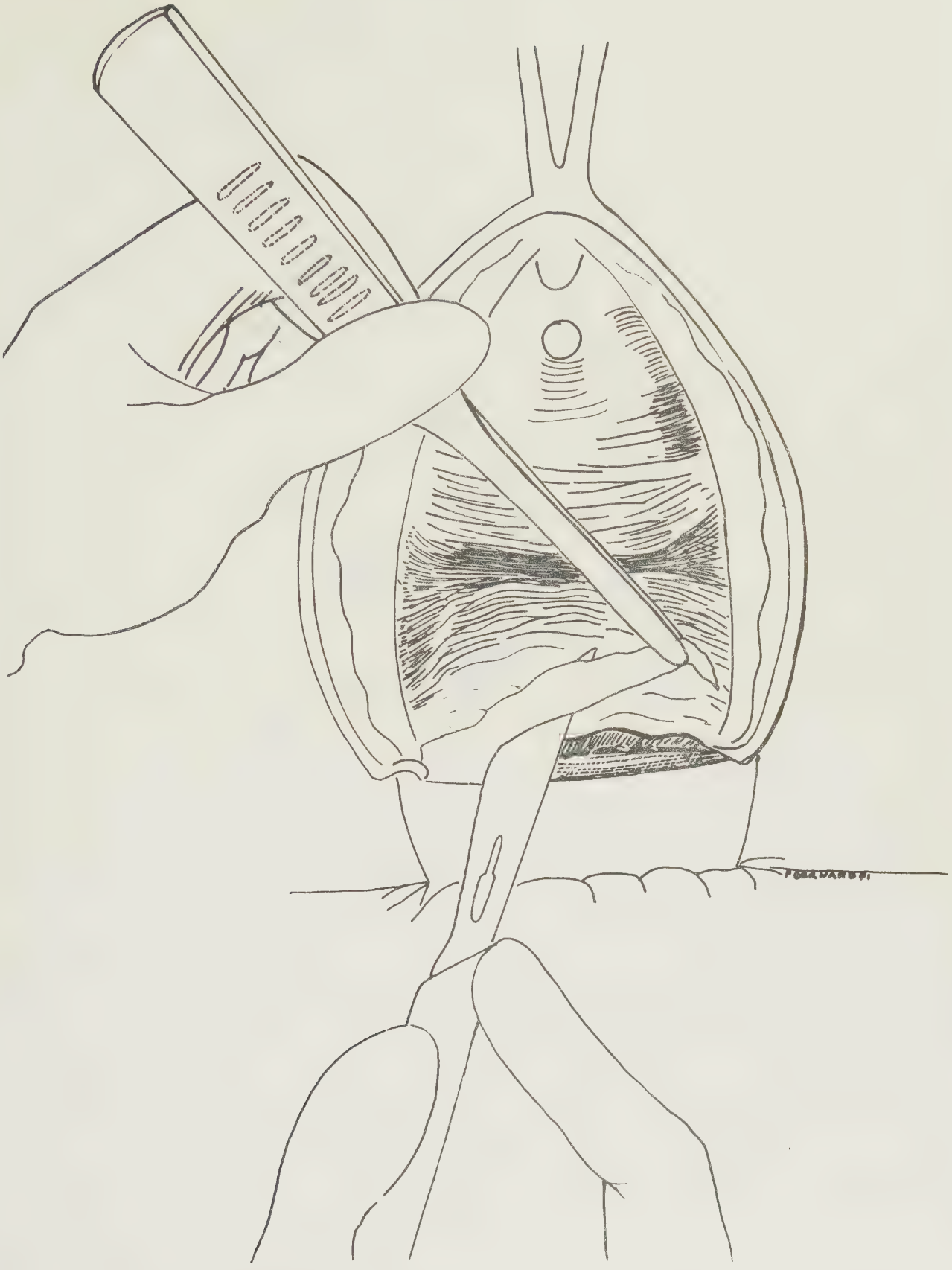


FIGURE I6 Incision de la fourchette vulvaire

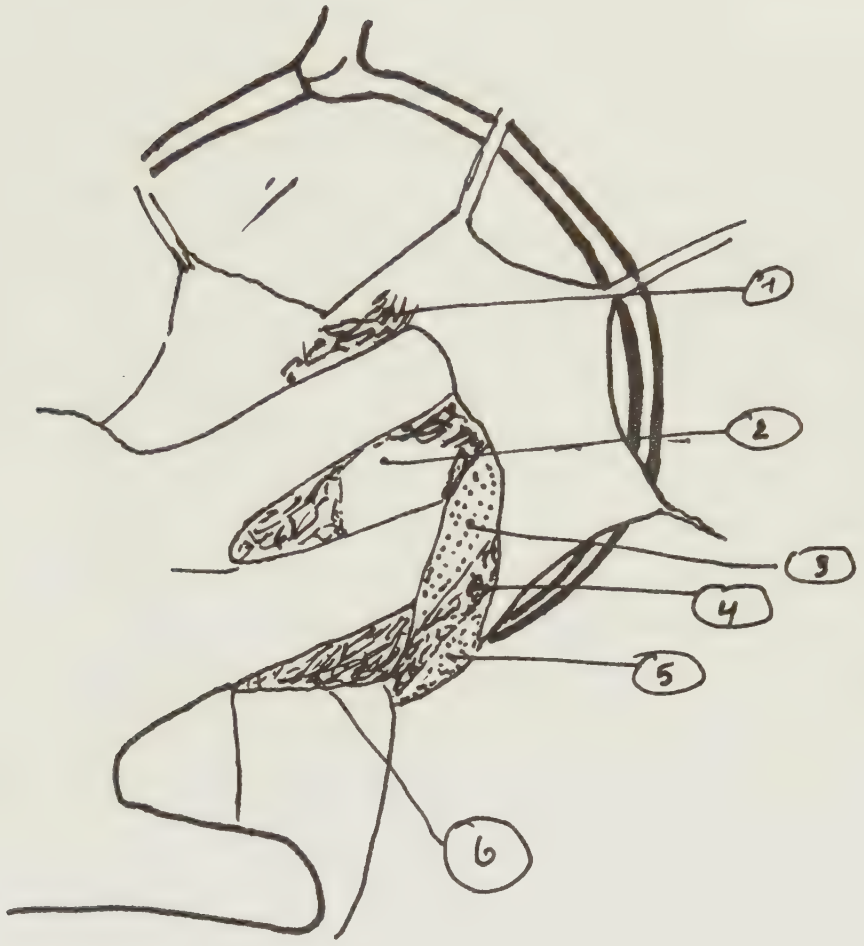


FIGURE I7 DECOUVERTE DE l'HEMI-GAINE PRE-RECTALE

1 - méso de la branche vaginale inférieure de l'A.H.M.

2 - hémi-gaine pré-rectale

3 - faisceau profond du muscle releveur de l'anus

4 - reliquats des muscles périnéaux

5 - faisceau superficiel du muscle releveur de l'anus

6 - rectume

La séparation en cette zone scléro-cicatricielle nécessite une hémostase soigneuse des nombreux petits vaisseaux. Une fois cette zone dépassée, la dissection devient plus facile. La séparation entre le vagin et le rectum doit se faire au voisinnage immédiat de la muqueuse vaginale afin d'éviter l'ouverture de l'intestin terminal.

1.2. Découverte des hémi-gaines pré-rectales

Temps capital de la prépation, la recherche des hémi-gaines pré-rectales qui divergent en V allongé à partir du noyau fibreux central du périnée ou de ses éléments subsistants. Ces hémi-fascias sont davantage prélatéro-rectaux que réellement prérectaux. C'est donc latéralement et, parfois très latéralement qu'il faut les rechercher en introduisant la pointe des ciseaux en arrière des chefs profonds des muscles releveurs de l'anus. Leur ouverture crée un petit décollement où l'on peut glisser l'index et le majeur de la main libre. L'écartement de ces deux doigts ouvre ensuite largement la zône de décollement recouvrant les hémi-gaines qui apparaîssent nettement de chaque côté, blanc-rosé et dont l'aspect plus brillant tranche nettement sur les tissus environnants plus rouge foncé.

1.3. Dissection des hémi-gaines pré-rectales

Elle devra être poursuivie jusqu'à leur terminaison dans le centre fibreux du ligament large. Avec les pinces de J.L. Faure on saisit le segment vagino-rectal des hémi-gaines dont les deux feuillets dans leur tiers inférieur se séparent et divergent au niveau de leurs deux tiers supérieurs.

Les petits pédicules, très hémorragiques, sont successivement pincés et liés afin de ne pas encombrer inutilement le champ opératoire qui devient profond.

La ligature des nombreux petits vaisseaux formant une chaîne longitudinale à un ou deux centimètres de la ligne médiane, permet un décollement situé entre la muqueuse vaginale et la partie toute inférieure du fascia rétro-cervical se perdant progressivement sur le très mince fascia inter-vagino-rectal.

Cette hémostase minutieuse, jointe à celle précédente de la terminaison vaginale des hémi-gaines, permet d'obtenir un champ opératoire pratiquement exsangue, dont le fond est constitué par le rectum d'aspect rouge foncé et le cul-de-sac péritonéal du Douglas tombant sous l'effet de la respiration.

Une mèche de gaze imbibée de Thrombase et d'antibiotiques est tassée dans le fond de la préparation pour permettre d'exécuter le temps suivant de l'intervention, sans être gêné par un suintement sanguin.

2°/ L'hystérectomie vaginale intra-fasciale

Elle comprend l'exécution du temps opératoire suivant :

- la libération du col utérin
- la libération du corps utérin
- annexectomie secondaire
- la fermeture du péritoine

2.1. La libération du col utérin

Elle débute par la classique incision circulaire pré-cervicale permettant de repousser la muqueuse vaginale en manchette. On poursuit la libération antérieure par la section des ligaments vésico-utérins sur pinces de J.L. Faure, dont on ligature les moignons.

Ici se place l'incision du fascia pré-cervical au moment où il va se prolonger en avant avec le fascia inter-vésico-vaginal.

Le fascia pré-cervical est ensuite progressivement décollé de la face antérieure du col utérin sur une hauteur de trois à quatre centimètres et, parfois davantage selon l'état de l'allongement du col très fréquemment rencontré. La vessie qui lui est très intimement accolée est refoulée en même temps. Par ailleurs, se poursuit sur les côtés la section des ligaments de MACKENRODT qui sont immédiatement liés.

Enfin, la section sur les pinces de J.L. Faure de la partie inférieure des ligaments utéro-sacrés permet la libération de la face postérieure du col utérin et son extériorisation progressive.

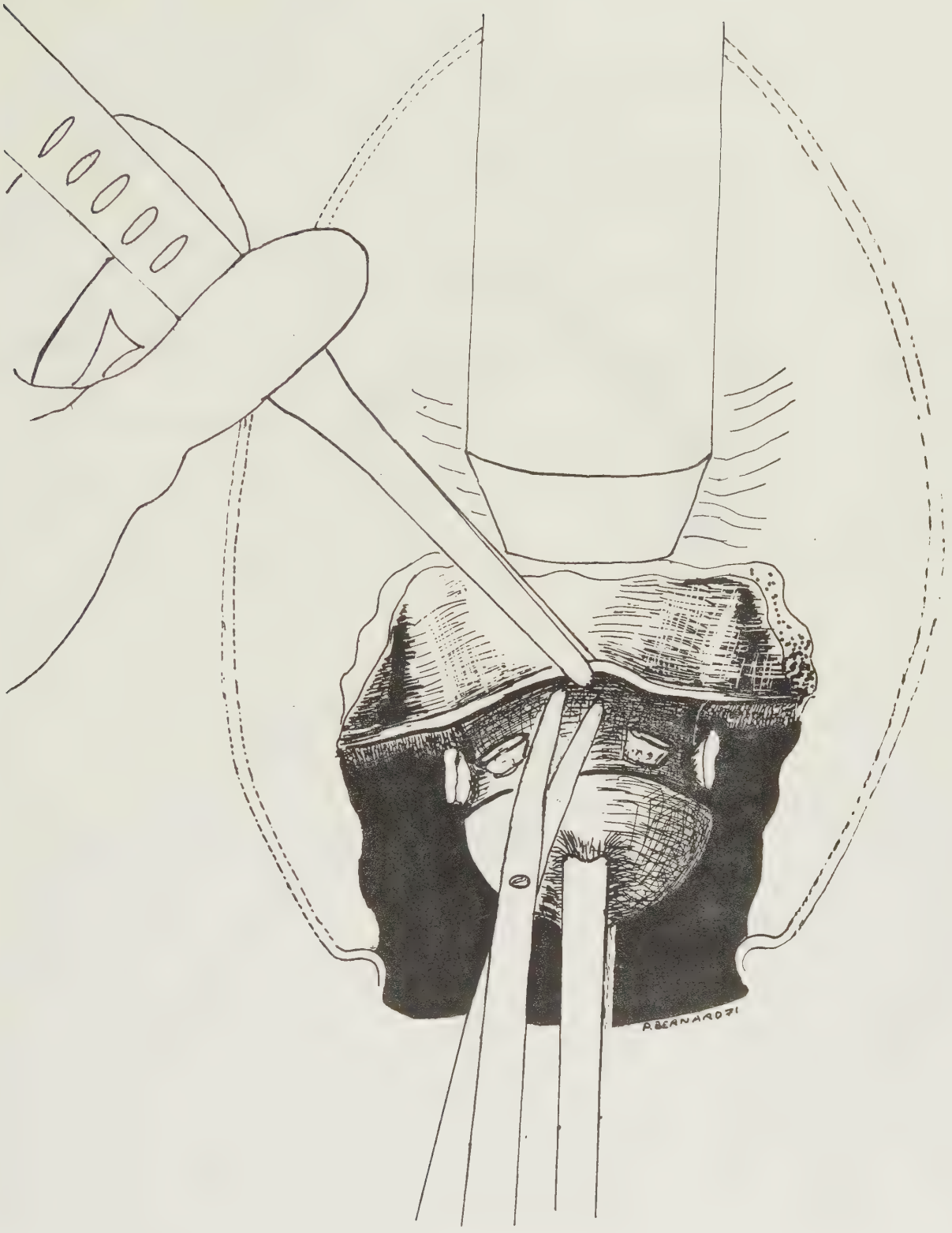


FIGURE 18

Dissection du fascia pré-cervical saisi par une pince

FIGURE 19

LIBERATION DE L'UTERUS

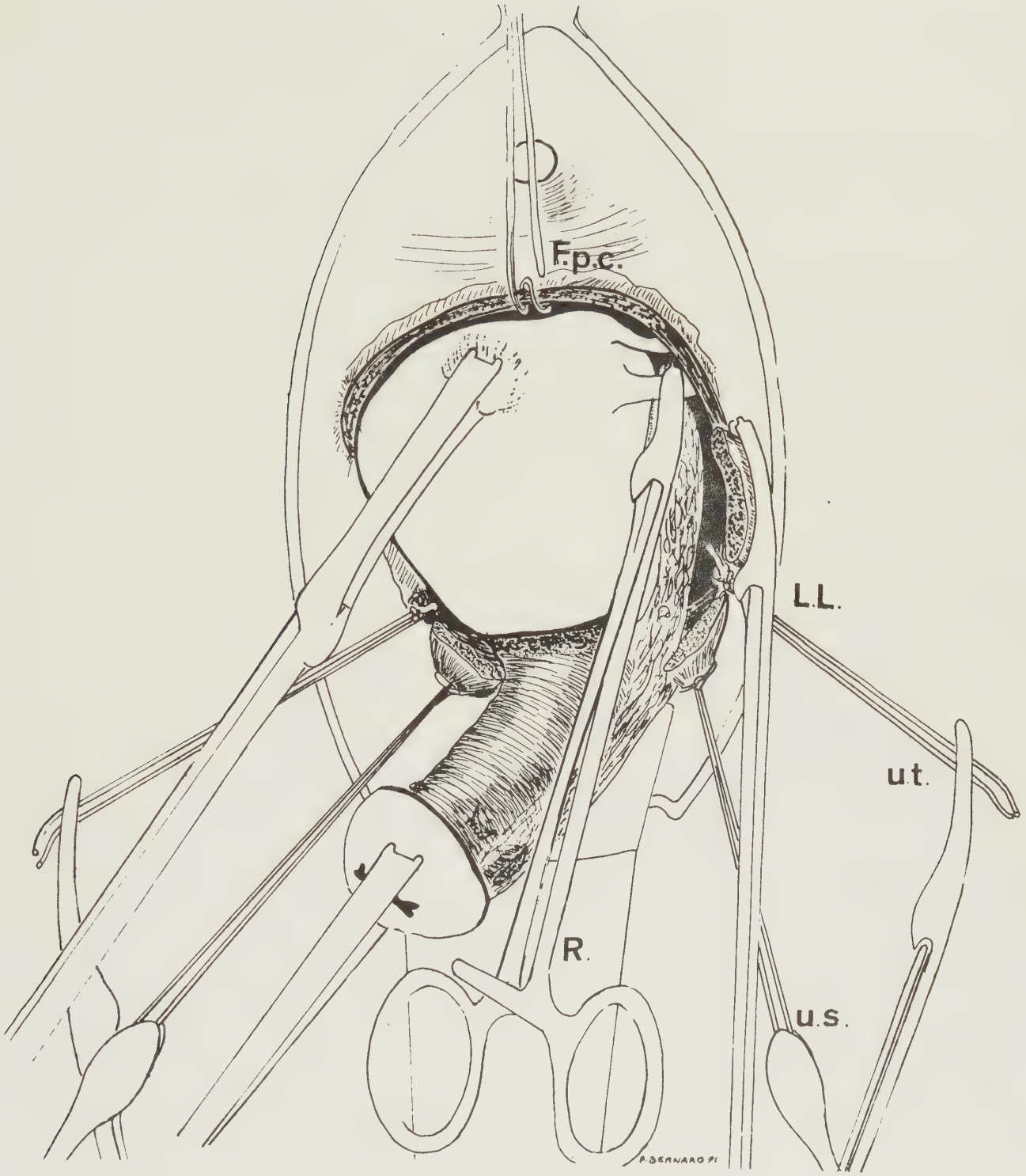
F.P.C. : Fascia pré-cervical; un fil-repère est passé dans le fascia pré-cervical et le péritoine.

L.L. : Une pince de J.L. Faure saisit la partie haute du ligament large gauche.

U.T. : Une pince de Kocher courbe, repère les fils de ligature du pédicule utérin.

U.S. : Une pince de Péan repère les fils de ligature du ligament utéro-sacré.

R. : Une pince de J.L. Faure prend le ligament rond gauche.


F.p.c.
L.L.
u.t.
R.
u.s.

Ici aussi il faut utiliser, en restant au contact intime de la paroi postérieure de l'utérus, l'espace matérialisé entre le col utérin et le fascia utéro-cervical.

Ainsi on arrive à la portion juxta-utérine du cul-de-sac de Douglas dont le péritoine est désormais doublé du fascia rétro-cervical qui a été décollé et conservé.

Il est facile alors de l'ouvrir sous contrôle de la vue et de pincer largement de chaque côté des ligaments utéro-sacrés dont les fils de ligature seront conservés et repérés par des pinces spéciales qui aideront à les reconnaître par la suite.

L'ouverture du péritoine postérieur étant effectué, on peut poursuivre la libération de l'utérus sans danger.

2.2. Libération de l'utérus

La libération successive des bords de l'utérus est pratiquée en sectionnant et en liant les pédicules cervico-vaginaux, puis le tronc de l'artère utérine accompagnée de ses veines et vaisseaux lymphatiques.

Réalisées au voisinnage de l'utérus, les manoeuvres ne risquent pas d'atteindre les uretères, pas plus que la vessie éloignée avec sa doublure du fascia pré-cervical.

Sous le doigt introduit par la brèche péritonéale postérieure, il est facile d'ouvrir le cul-de-sac péritonéal antérieur en le repérant avec son revêtement du fascia par un fil conservé provisoirement à demeure.

Des pinces de MUSEUX harponnent successivement le corps utérin qui est largement extériorisé. Des pinces de J.L. Faure étagées permettent la section de la partie haute des ligaments larges, des ligaments ronds et de l'insertion utérine des annexes.

L'utérus est ainsi entièrement extirpé : l'hystérectomie est terminée.

2.3. Annexectomie secondaire

Une fois l'hystérectomie terminée, il reste à enlever les annexes. Pour cela il faut faire une ligature préventive des vaisseaux utéro-ovariens, en liant le pédicule à son passage dans le ligament infundibulo-pelvien. Pour ce faire, il faut s'aider d'une aiguille de Reverdin à pointe émoussée, soit d'une aiguille de Bergeret renforcée à chat élargi. Cette ligature de sécurité étant posée, le méso-salpinx et le méso- ovarium sont pincés par une pince de Bengolea placée parallèlement entre le ligament rond et la trompe.

Une dernière pince de Bengolea est placée entre la ligature primitive du ligament infundibulo-pelvien et l'ovaire.

Après section, l'annexe est enlevée, la ligature de la première pince de Bengolea va assurer l'hémostase de l'insertion du méso-salpinx.

La ligature de la deuxième pince de Bengolea, comme celle pratiquée pour le pédicule utérin constitue une précaution supplémentaire, s'opposant au lâchage éventuel, difficile à rattraper, des vaisseaux importants, profondément situés.

La même manoeuvre qui a débuté du côté droit, à la main du chirurgien, se pousuit d'une façon identique du côté opposé.

2.4. Fermeture du péritoine

Elle sera toujours faite, même dans des cas infectés, sans drainage. Le point important est qu'elle doit réunir, non seulement le péritoine pelvien, mais, en même temps, les fascias pré et rétro-cervicaux, si l'on veut obtenir une suture solide réalisant les conditions primitives de la statique pelvienne. En outre, il faut extra-péritoniser les moignons conservés des ligaments utérins.

Le surget au catgut prendra de chaque côté le fascia pré-cervical, doublé du péritoine pelvien, la face endo-péritonéale des ligaments ronds, larges et utéro-sacrés, ainsi extériorisés, puis, finalement, le péritoine postérieur recouvert du fascia rétro-cervical.

Les deux hémi-surgets se réunissent sur la ligne médiane et sont solidarisés.

FIGURE 20

FERMETURE DU PERITOINE PELVIEN ET DES FASCIAS PRE (1) ET RETROCERVICAUX (2) EN DEUX HEMI-SURJETS

1 - fascia pré-cervical

2 - fascia rétro-cervical

3 - Ligament rond

4 - Ligament large

5 - Ligament utéro-sacré

6 - Hémi-gaine pré-rectale

7 - Rectum

8 - Noyau fibreux central du périnée

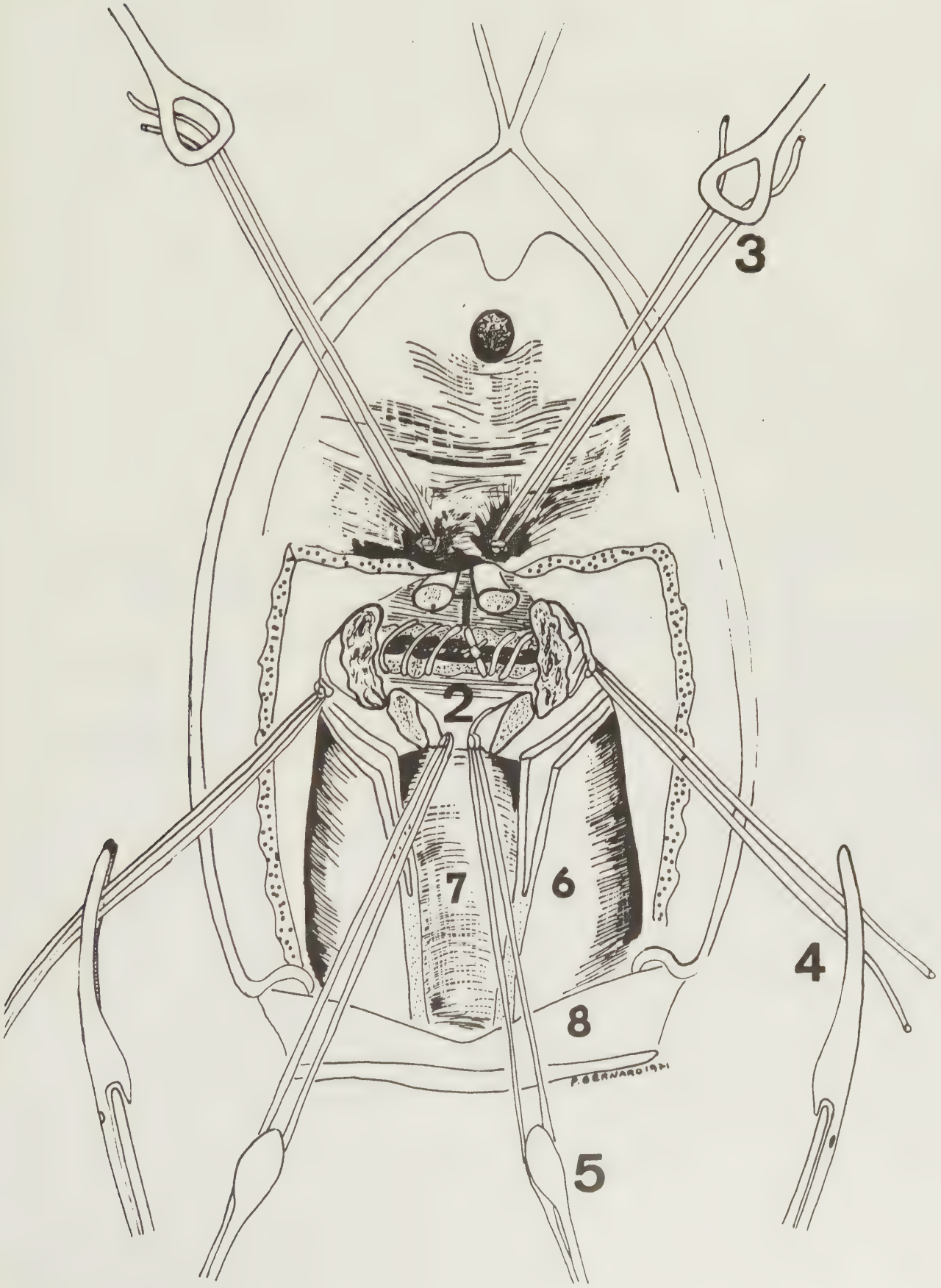

3
2
7
6
4
8
5

FIGURE 2I

REFECTION DE LA PAROI VAGINALE POSTERIEURE

1 - paroi vaginale antérieure

2 - lambeau des muqueuses de la paroi vaginale postérieure

3 - moignons des ligaments ronds

4 - suture fasciale

5 - hémi-gaine pré-rectale

6 - rectum

7 - muscles releveurs de l'anus

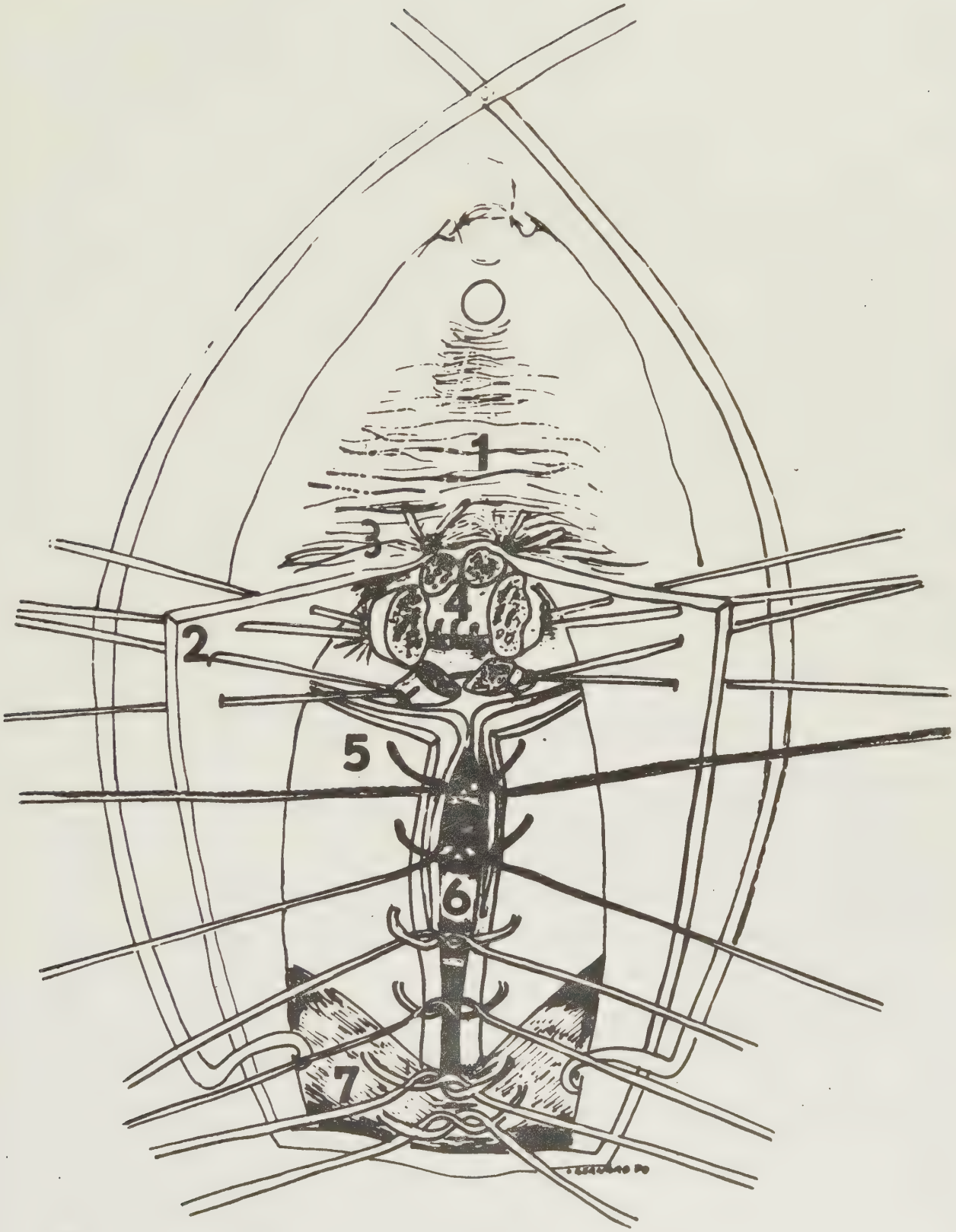


fig. 21

3°/ La suspension du fond vaginal

Il reste maintenant à réaliser la suspension du fond vaginal qui ajoutera un nouvel et important élément de solidité et de stabilité au plan précédent.

Les ligaments pelviens qui assuraient, avant l'hystérectomie, la sustentation de l'isthme utérin, vont désormais pourvoir, non à la sustentation, mais à la suspension du fond vaginal, afin de maintenir au vagin son orientation et sa longueur initiales.

Les ligaments dont les moignons ont été conservés et repérés par des pinces spéciales (formes et couleurs différentes suivant l'origine et le côté) sont d'abord rapprochés et réunis deux à deux sur la ligne médiane, créant ainsi un hamac souple et solide qui préviendra tout effondrement pelvien secondaire.

Cette solidarisation étant accomplie, les chefs conservés des ligatures sont passés dans le pourtour de la collerette vaginale laissée par l'incision circulaire de l'hystérectomie. Un point distal de chaque côté parfait la réunion de cette suture transversale. Une solide sustentation est alors réalisée.

4°/ La réfection de la paroi vaginale postérieure

La phase essentielle en est la suture des hémi-gaines pré-rectales fermant le V primitif de ces éléments anatomiques.

Des points simples ou en X chargent dans les deux tiers supérieurs des hémi-gaines, successivement le feuillet superficiel d'un côté, puis le feuillet profond pour prendre ensuite le feuillet profond et le feuillet superficiel du côté opposé.

Les points serrés, on passe les chefs dans la muqueuse vaginale largement réséquée à la demande.

L'on ne doit laisser subsister aucune zone de faiblesse entre le rapprochement des ligaments utéro-sacrés et la limite supérieure des hémi-gaines. Seul, un drain en T est laissé entre ces deux points permettant l'évacuation des sérosités hématiques de l'espace pelvi-sous-péritonéal. Il est enlevé sans inconvénient le troisième jour.

FIGURE 22

DESCRIPTION DU FOND VAGINAL APRES HYSTERECTOMIE VAGINALE INTRA-FASCIALE

1 - vessie

2 - cavité vaginale

3 - rectum

4 - fascia inter-vésico-vaginal

5 - fascia pré-cervical

6 - fascia rétro-cervical

7 - hémi-gaines pré-rectales suturées sur la ligne médiane

8 - noyau fibreux central du périnée

9 - ligaments ronds suturés sur la ligne médiane

10 - ligaments larges

11 - ligaments utéro-sacrés.

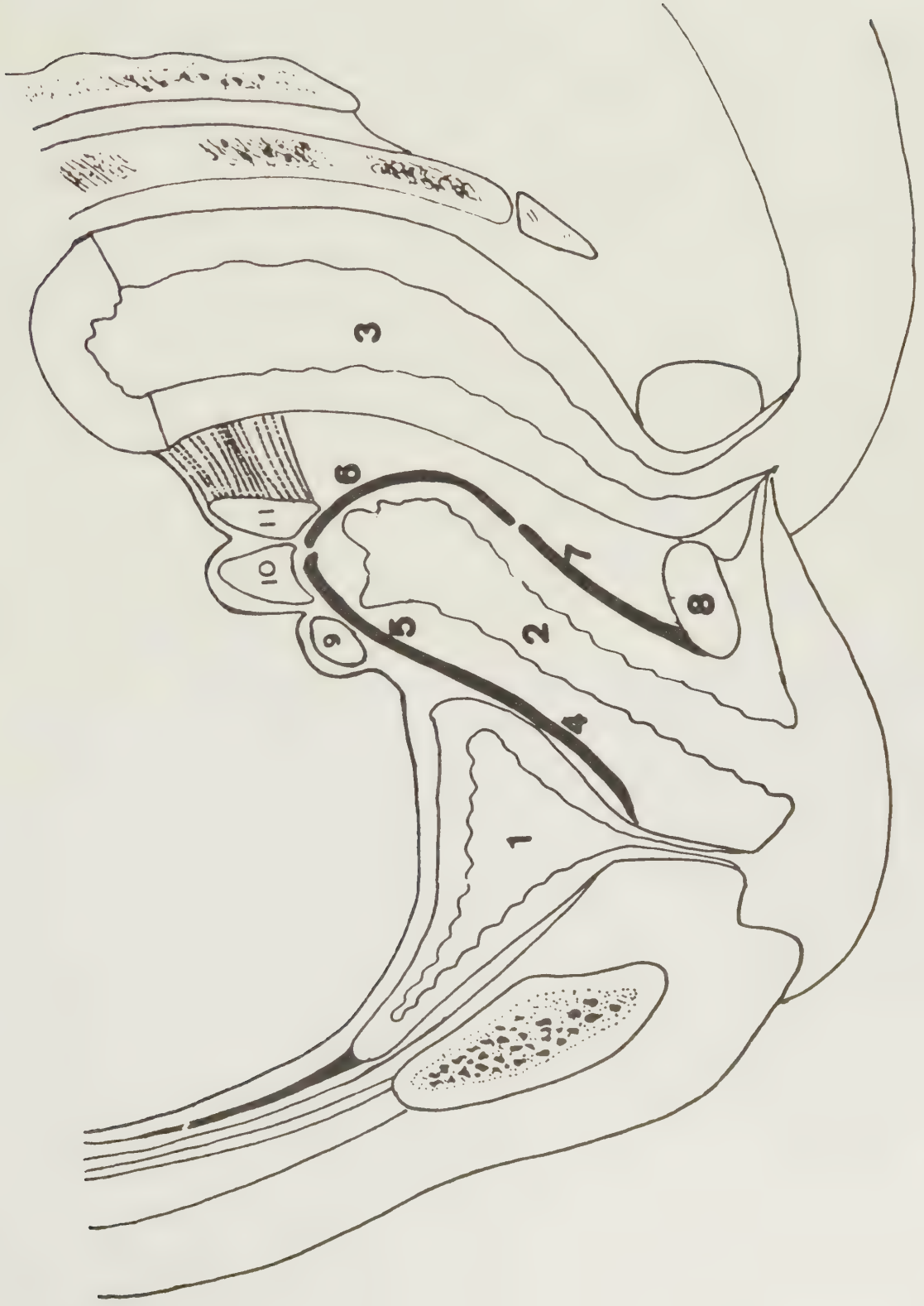


FIG. 22

L'on poursuit ensuite la suture des hémi-gaines d'abord dédoublées, puis uniques jusqu'au noyau central du périnée où elles ont leur insertion inférieure. Les chefs des ligatures sont, au fur et à mesure, passés dans les deux lèvres de la muqueuse vaginale conservée dont elles assurent l'hémostase.

Il reste à effectuer la reconstitution de l'éperon périnéal en utilisant largement les faisceaux profonds, puis superficiels, des muscles releveurs de l'anus en prenant au passage ce qui reste des débris des muscles périnéaux. Les fils, après rapprochement sont passés dans la muqueuse vaginale dont la limite inférieure est réajustée avec la peau afin de reformer la commissure vulvaire.

Par contre :

Le rapprochement sagittal périnéal des faisceaux superficiels des muscles releveurs de l'anus n'est pas recouvert par une suture cutanée hermétique, souvent à l'origine de suppurations profondes, causes de désunions secondaires. La peau, laissée ouverte, reprend très rapidement.

4 - COLPOHYSTERECTOMIE AVEC COMBLEMENT VAGINAL

1°/ La colpectomie

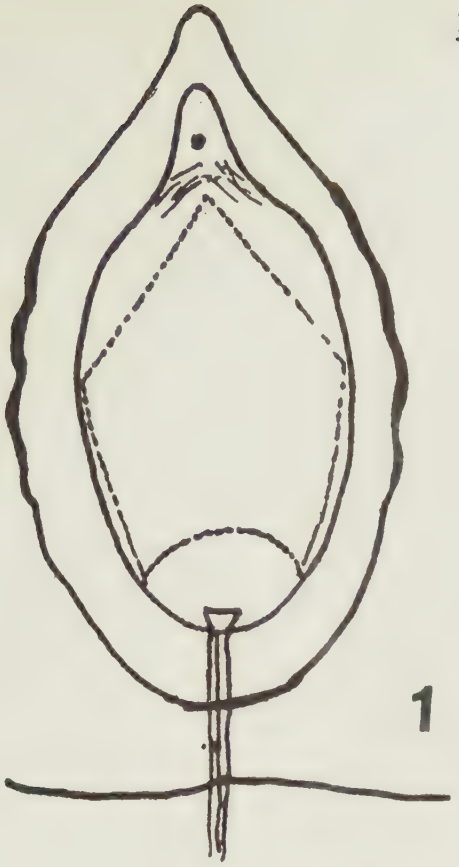
1.1. L'incision est inspirée de POZZI mais modifiée par THOYER-ROZAT et CORDIER.

La ligne d'incision du lambeau vaginal antérieur est analogue à celle de POZZI mais avec l'avantage de ménager sous le col vésical le tissu dont la cicatrisation maintiendra mieux la fonction sphinctérienne. En effet, en avant, l'incision se termine à un centimètre au dessous du méat urinaire au niveau du tubercule vaginal antérieur. Sa forme est triangulaire à sommet antérieur.

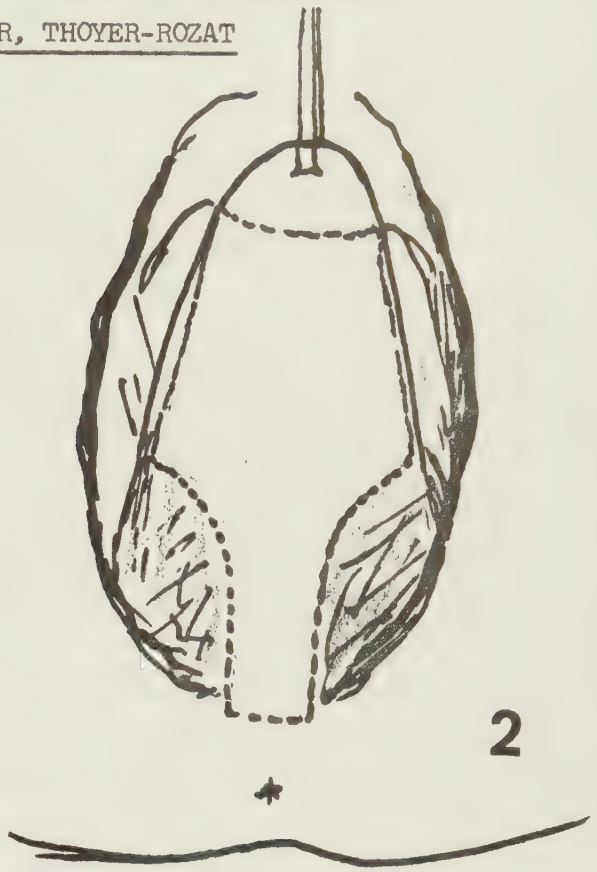
La base se termine à la partie antérieure de la face latérale du prolapsus à quatre ou cinq centimètres de l'orifice vulvaire.

INCISION VAGINALE SELON LA TECHNIQUE

DE CORDIER, THOYER-ROZAT

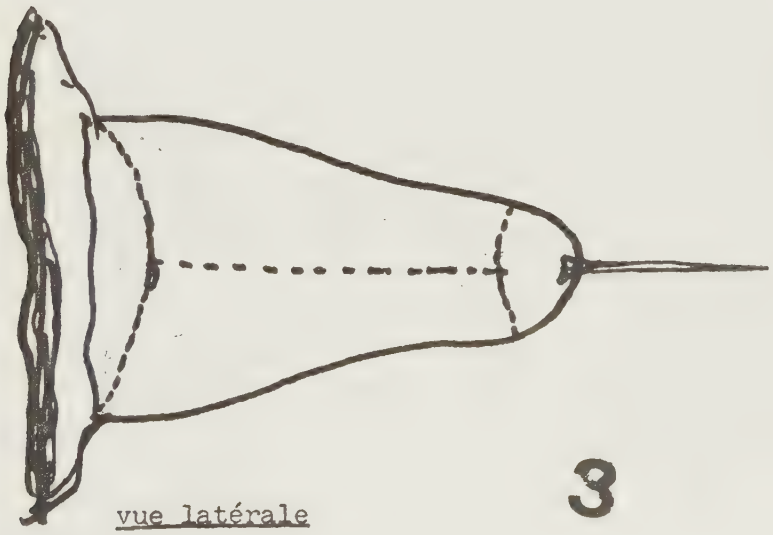


vue antérieure



vue postérieure

FIGURE 23



vue latérale

Latéralement, l'incision est parallèle à l'orifice vulvaire sur trois à quatre centimètres en tenant compte, dans le tracé de ce segment, de l'existence d'un sillon entre la grande lèvre et le vagin.

En arrière, la ligne d'incision est différente de celle de POZZI. Elle se dirige en arrière vers la fourchette vulvaire, décrivant une ligne incurvée, puis parallèle à celle du côté opposé ; les deux lignes étant distantes de deux à trois centimètres et se terminant sur la commissure vulvaire dont le bord libre sera réséqué. Un trait de refend est mené de la partie moyenne du segment latéral à l'orifice externe du col, lequel est ensuite limité par une incision circulaire pré-cervicale. Quatre lambeaux sont ainsi crées, deux en avant et deux en arrière, ils serviront à recouvrir la cloison transversale néo-formée, but de l'intervention.

1.2. Dissection de la paroi vaginale antérieure

Le lambeau muqueux ainsi délimité est séparé au bistouri-rasoir de la paroi vésicale dont les petits vaisseaux qui saignent sont immédiatement l'objet d'une ligature au catgut fin.

Profitant de la commodité de la traction sur le col utérin, les lambeaux de muqueuse vaginale respectée sont soulevés de chaque côté par des pinces et séparés du plan profond, ce qui permet de repérer les deux moitiés du fascia d'HALBAN éventrées, rétractées sur les côtés.

La dissection s'arrête à l'apparition de la frange vasculaire latérale. Les deux hémi-fascias latéro-urétral et latéro-vésical, très nettement identifiables, sont ainsi prêts pour les sutures terminales. Les ligaments vésico-utérins peuvent être coupés à ce stade et, après ligature, refoulés vers le haut ainsi que la vessie libérée de ses faibles adhérences avec la paroi antérieure du col utérin.

1.3. Dissection de la paroi vaginale postérieure

Le lambeau vaginal postérieur tracé initialement est enlevé au bistouri-rasoir de haut en bas en s'entourant dans cette dissection de plus grandes précautions que pour le lambeau antérieur.

L'ouverture, par inadvertance, du cul-de-sac de Douglas n'est pas grave, celle du rectum pourrait avoir des conséquences autrement ennuyeuses ; quelques petites ligatures parfont ici aussi l'hémostase.

L'hémi-gaine pré-rectale rétractée doit être recherchée de chaque côté et en arrière du chef profond du muscle releveur de l'anus.

Dès que le plan de clivage, peu vasculaire, est trouvé, l'index et le majeur introduits dans la fente ainsi formée sont écartés et découvrent le feuillet aponévrotique blanc-nacré, nettement palpable et identifiable ; il est inutile de poursuivre très haut, jusqu'aux ailerons du rectum, cette libération de la lame fibreuse car on n'a pas besoin, dans cette intervention volontairement simplifiée, de l'utiliser sur une grande hauteur.

Nous évitons ainsi une plus longue dissection et l'exécution de nombreuses ligatures de plus en plus difficiles et profondes.

La préparation des lambeaux vaginaux de recouvrement et des éléments anatomiques destinés au cloisonnement transversal de ce qui fut la cavité vaginale étant terminée, l'on peut procéder à cette hystérectomie.

2°/ Hystérectomie

Elle se fait en exécutant le temps suivant :

2.1. Libération du col utérin et ligature des ligaments vésico-utérins cervicaux de MACKENRODT ou cardinaux des auteurs anglais et utéro-sacrés, ouvrant ainsi le cul-de-sac péritonéal de Douglas.

2.2. L'ouverture du cul-de-sac de Douglas qui permet, sous le contrôle de la vue et du doigt la section des vaisseaux cervico-vaginaux et des pédicules utérins qui sont liés et repérés.

FIGURE 24

LE CLOISONNEMENT APONEVROTIQUE TRANSVERSAL

1 - fascia d'HALBAN

2 - moignon du ligament rond

3 - moignons des vaisseaux utérins, du ligament large et du ligament utéro-ovarien

4 - moignon du ligament utéro-sacré

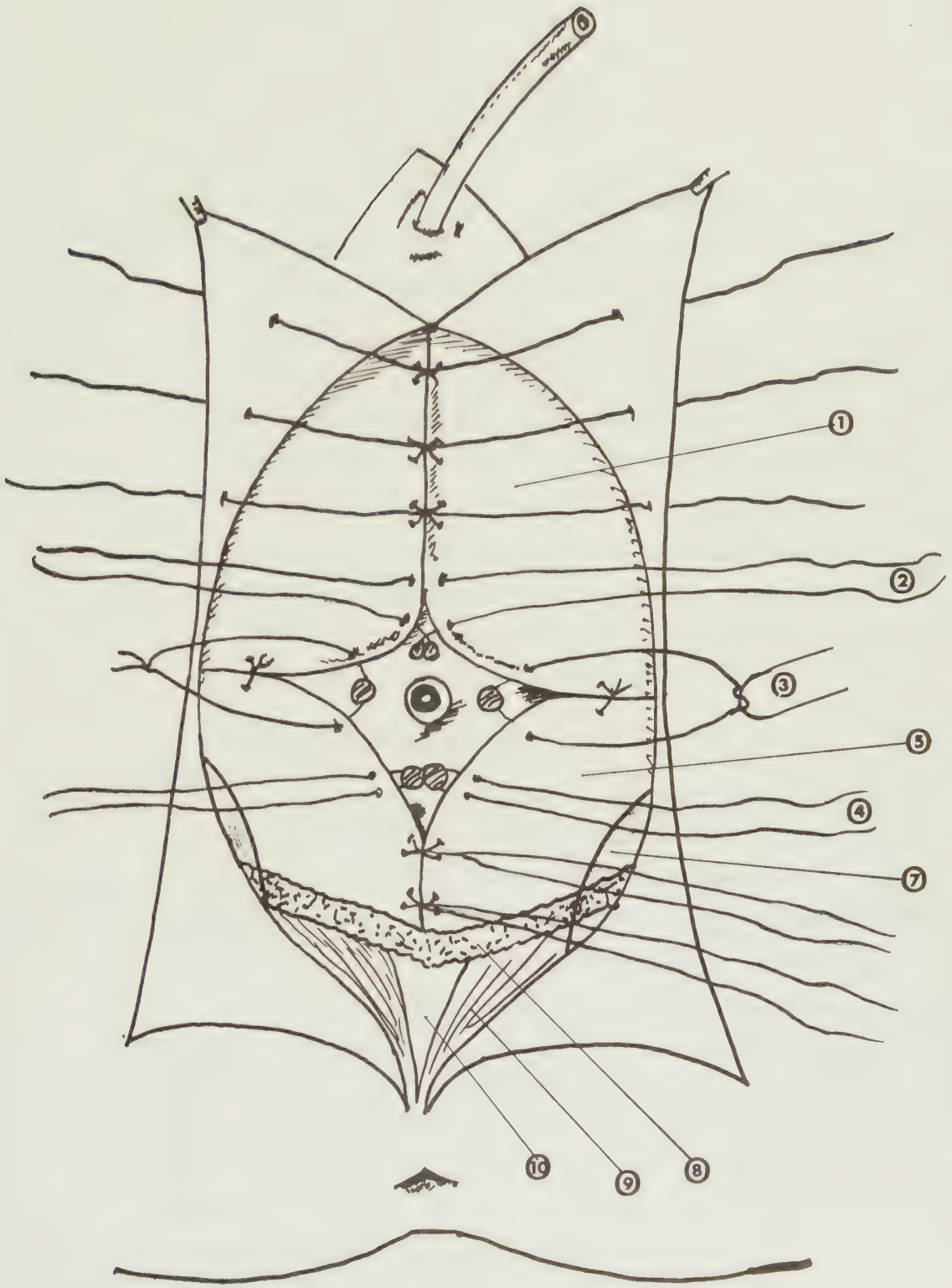
5 - hémi-gaine pré-rectale suturée

6 - rectum

7 - faisceau profond du releveur

8 - reliquats des muscles périnéaux

9 - chef superficiel du releveur.


①
②
③
⑤
④
⑦
⑩
⑨
⑧

2.3. L'ouverture du cul-de-sac vésico-utérin de WALDEYER qui donne la possibilité de happer avec les pinces de MUSEUX le fond utérin et de l'extérioriser ainsi que les annexes.

Cette manoeuvre est effectuée avec prudence car des adhérences vers l'intestin sont possibles et doivent être libérées avec soin.

2.4. Suivant la facilité de l'extériorisation, les annexes sont extirpées en même temps que l'utérus ou, le plus souvent, lors d'un temps spécial secondaire.

2.5. La pièce enlevée, l'on vérifie l'hémostase et les ligatures importantes sont doublées par mesure de sécurité car, repérées par les pinces de formes et de couleurs différentes suivant la fonction et le côté, elles serviront de fixation et de soutien dans le temps de reconstruction suivant.

2.6. Le péritoine pelvien est fermé en deux demi-bourses. Cette suture transversale étant bordée de chaque côté par les ligaments ronds, larges et utéro-sacrés, facilement identifiables grâce à leurs pinces distinctives.

3°/ Le cloisonnement transversal

Il reste à établir le cloisonnement amorcé en utilisant les seuls éléments restés solides de la région malgrè la rétraction qu'ils ont subi après leur distention : le fascia d'HALBAN en haut, la gaine pré-rectale en bas, qui ont été libérés lors de la phase initiale de l'intervention.

Les deux moitiés latérales de ces formations aponévrotiques seront ramenées et suturées sur la ligne médiane. Le fascia pré-vésical et la gaine pré-rectale ainsi reconstitués seront réunis l'un à l'autre par une suture transversale fermant parfaitement l'espace pelvi-sous-péritonéal, dont les suffusions souvent assez notables seront évacuées par un drain immergeant au centre de cette suture en forme de croix.

Par commodité, après avoir placé une sonde vésicale à demeure, on commence par suturer au catgut n° 1, de haut en bas le fascia latéro-urétral, puis le fascia d'HALBAN devenu, lui aussi, latéral. Un point placé au dessous du col vésical assure le resserrement de ce passage et provoque une angulation urétro-vésicale corrigeant le plus souvent très convenablement l'incontinence urinaire pré-existante.

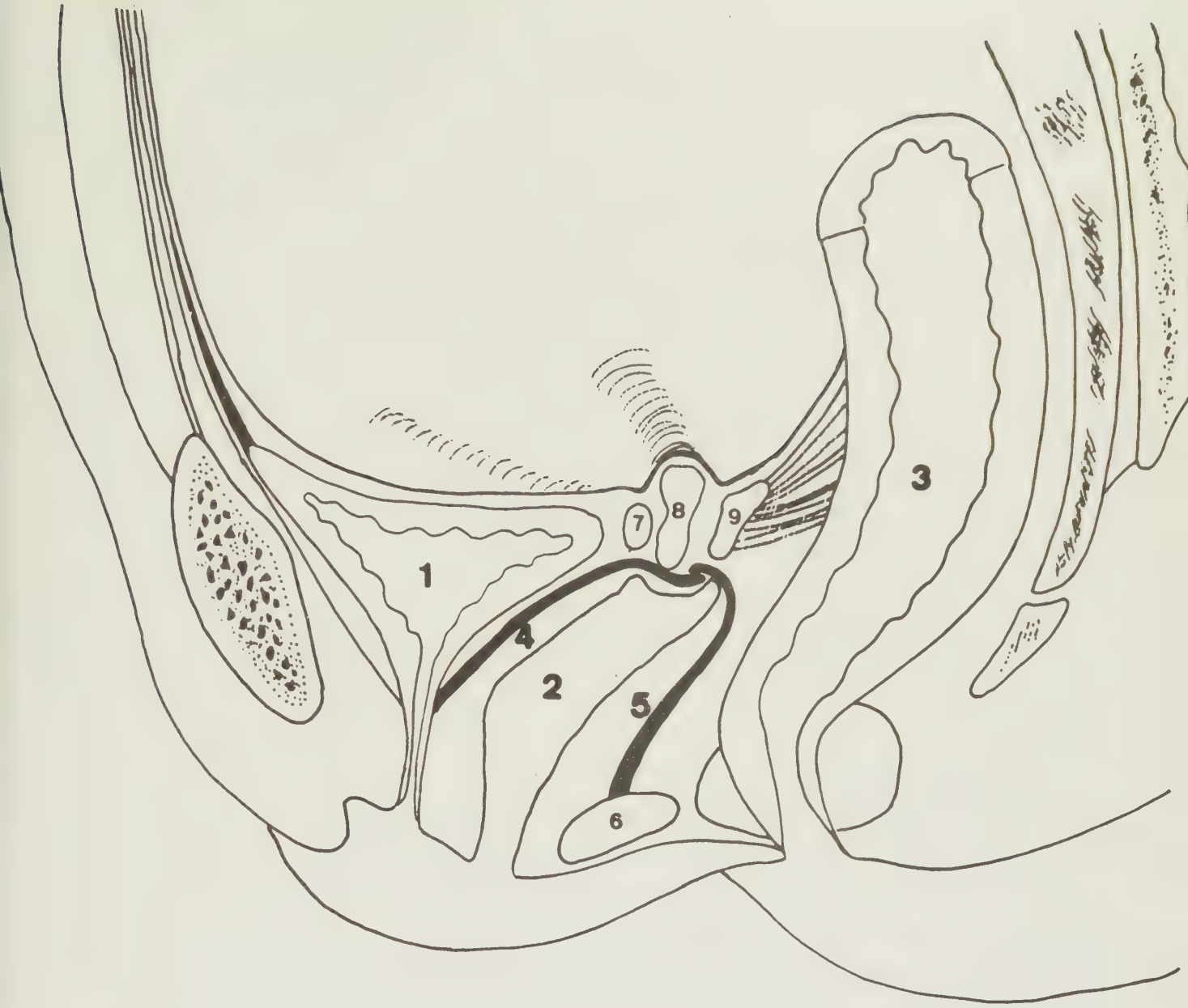


FIGURE 25

COUPE SAGITTALE APRES L'INTERVENTION

1 - vessie

2 - vagin

3 - rectum

4 - fascia inter-vésico-vaginal d'HALBAN

5 - hémi-gaines pré-rectales suturées en avant du rectum

6 - noyau fibreux central du périnée

7 - moignons des ligaments ronds

8 - moignons des ligaments larges

9 - moignons des ligaments utéro-sacrés.

Le point inférieur de la suture est formé en passant à travers le fascia les chefs de ligature des ligaments ronds, réunis à la manière de CROSSEN.

Les chefs de ligature des vaisseaux utérins et du ligament large seront passés de chaque côté : le supérieur dans la partie inférieure du fascia d'HALBAN, l'inférieur dans la partie supérieure de la gaine pré-rectale libérée. Deux points angulaires complètent la suture transversale.

Les chefs de ligature des ligaments utéro-sacrés réunis sur la ligne médiane, seront passés de chaque côté dans la gaine pré-rectale et constitueront, après serrage, le premier point de la suture sagittale qui sera poursuivie jusqu'à la partie inférieure de cette formation anatomique.

La suture cruciforme des éléments aponévrotiques est ainsi terminée et le mur transversal ne laisse subsister que le pertuis central du passage du drain qui se refermera spontanément après ablation.

L'on termine par la reconstitution habituelle du périnée postérieur en rapprochant successivement au gros catgut les débris périnéaux fibro-musculaires, les chefs profonds et superficiels du muscle releveur de l'anus.

Cette néo-paroi musculo-aponévrotique sera protégée par le rabattement des petits volets de muqueuse vaginale qui, embrochés par les fils conservés des sutures profondes adhèreront plus facilement après serrage au cloisonnement précédemment établi.

La peau périnéale est laissée totalement ouverte. Un pansement sec recouvre la région.

L'opération est terminée.

La figure ci-contre montre le résultat terminal de l'intervention. La traction exercée sur le cloisonnement transversal par les ligaments utérins, a pour but de créer une petite cavité vulvaire de deux à six centimètres de profondeur et admettant le passage d'un doigt, ce qui forme un minuscule vagin. La vessie et le rectum étant intimement solidarisés, aucune récidive n'est possible, le mur vaginal étant composé de l'élément résistant. La statique pelvi-péritonéale est parfaitement rétablie.

5 - REPARATION DU PERINEE POSTERIEUR APRES DECHIRURE POST-OBSTETRICALE AYANT ENTRAINEE LA RUPTURE DU SPHINCTER ANAL.

TECHNIQUE :

1er temps : Dissection du périnée postérieur suivant la technique de LAWSON TAIT avec découverte des hémi-gaines pré-rectales. Cette dissection doît être menée jusqu'à la face postérieure du col utérin.

2eme temps : Suture des hémi-gaines pré-rectales qui sont solidarisées à la muqueuse vaginale amplement réséquée, jusqu'à l'approche du périnée postérieur proprement dit.

3eme temps : Recherche des bouts déchirés du sphincter anal éparpillés dans la région péri-rectale. Libération, individualisation et avivement de ceux-ci.

4eme temps : Suture du bout de gaine pré-rectale en avant du rectum, ainsi que des débris du sphincter lisse et des muscles périnéaux.

5eme temps : Deux points en X rapprochent les deux bouts du sphincter strié et assurent la reconstitution circulaire.

6eme temps : Enfin, le rapprochement des muscles releveurs de l'anus superficiels et profonds reforme l'éperon périnéal. On le suture et ensuite on le solidarise, d'une part avec la muqueuse vaginale sur la ligne médiane, d'autre part à la muqueuse vulvaire et, finalement à la suture pré-rectale profonde. La peau périnéale est laissée ouverte.

La muqueuse rectale, après avivement, selon qu'elle est exubérante ou non, est suturée, d'une part au sphincter anal, puis à la peau péri-anale d'autre part.

II - INDICATIONS THERAPEUTIQUES

A - CONTRE-INDICATIONS

Il faut rappeler que tout prolapsus ne doît pas être forcément opéré et les indications thérapeutiques seront posées en fonction de l'âge et du désir d'activité génitale de la femme. Ainsi, on peut considérer comme contre-indications opératoires les faits suivants :

1°/ - Les prolapsus du premier degrè de découverte fortuite et n'entraînant aucun trouble fonctionnel et le prolapsus de la jeune femme, encore susceptible de grossesse doivent être respectés le plus longtemps possible. Après un contrôle gynécologique et urologique soigneux, ils bénéficieront d'un traitement médical, à moins d'un inconfort insupportable. Ceci étant d'ailleurs valable à tout âge, aussi longtemps que le prolapsus reste discret. Mais, dans certains cas, il est préférable de faire une colpopérinéorraphie postérieure qui, en allongeant le vagin, permet une reconstitution du noyau fibreux périnéal.

2°/ - A tout âge également et quelle que soit l'importance du prolapsus tout risque opératoire doît être refusé en écartant temporairement ou définitivement la chirurgie. C'est surtout le cas pour les femmes très âgées, à terrain très fragile, où toute intervention fait courir un risque mortel. Le but de la chirurgie du prolapsus étant purement plastique. Toutes les grandes contre-indications opératoires feront repousser l'invertion : cardiaques, insuffisances rénales, les grandes hypertensions artérielles non compensées, diabète mal équilibré, d'autres contre-indications seront relatives : certaines tares pouvant être traitées et l'intervention repoussée : telle l'obésité, surtout si un temps abdominal est nécessaire et le diabète.

Enfin, l'âge, à lui seul, n'est pas une contre-indication. A ce propos, nous avons six observations de plus de 80 ans dont une était âgée de 86 ans et qui a subi avec succès une opération de LEFORT avec amputation du col.

D'autre part, chez les femmes qui sont dans un état général précaire on peut se résoudre à une anesthésie locale si le prolapsus est la source d'un inconfort important.

B - LES INDICATIONS

1°/ La femme en période de fécondité ayant un prolapsus du deuxième degrè avec des troubles fonctionnels. Les précautions découleront alors des inconvénients obstétricaux possibles lors d'un éventuel accouchement.

L'opération à proposer sera la périnéorraphie antérieure, opération d'HALBAN, complétée par une colpectomie antérieure modérée. Il lui sera associée une périnéorraphie postérieure en deux plans. Celle-ci se fera après un décollement du vagin, type LAWSON TAIT, mais sera moins serrée afin d'éviter la dyspareunie.

Dans cette éventualité, il faut rejeter la triple opération à la française comportant une pexie abdominale, source de récidive sous forme d'élytrocèle. De même, que les interventions comportant une amputation du col, source d'interruption prématurée de la grossesse et de désinsertions segmento-cervico-vaginales au moment de l'accouchement.

Enfin, l'interposition vésico-vaginale ne pourra être utilisée qu'accompagnée de stérilisation.

2°/ La femme ménopausée dont la fonction sexuelle doit être préservée

Il s'agira le plus souvent d'un prolapsus du deuxième degrè.

- L'opération de choix sera l'hystérectomie vaginale intra-fasciale avec une périnéorraphie postérieure toujours réalisée en deux plans.

  Si la colpocèle ou la cystocèle est importante il faut faire un temps antérieur, c'est à dire, l'opération d'HALBAN avec une colpectomie limitée.
  Dans cette éventualité beaucoup d'interventions ont été proposées par d'autres auteurs. Surtout :

Dans le deuxième degrè, ils préconisent :

- les périnéorraphies antérieure et postérieures, surtout en cas d'allongement à l'hystérométrie.
- l'intervention de WERTHEIM SHAUTA, surtout en cas d'importante cystocèle et un utérus de volume moyen.
- des temps complémentaires aux périnéorraphies, comme la vagino-fixation à l'utérus, ou celle, améliorée, à la CROSSEN, par passage des fils dans les paramètres.
- la transposition des paramètres ou interventions de Manchester.

Toutes ces interventions ont fait leur preuve, mais elles ont l'inconvénient de laisser en place un organe qui est toujours susceptible de lésion ultérieure et d'entraîner la récidive d'un prolapsus génital.

3°/ Les femmes âgées ayant renoncé à leur vie génitale

Les contre-indications habituelles élimineront un certain nombre de patientes. Si elles présentent des conditions qui permettent une chirurgie plastique sans leur faire courir de risque vital, on envisagera :

- L'hystérectomie vaginale si l'utérus est de petit volume et s'il n'existe pas de lésions graves associées.

  On adjoindra la périnéorraphie antérieure et postérieure. Mais, le plus souvent, on préfèrera un cloisonnement transversal après hystérectomie vaginale qui, souvent, donne d'excellents résultats. Elle sera terminée par la formation d'une clef de voûte avec des ligaments du fond du vagin, renforcée par la suture du fascia d'HALBAN au plan des hémi-gaines pré-rectales, ce qui réalise un cloisonnement profond laissant une petite cavité vaginale de cinq à six centimètres.

  Ici, un nombre d'auteurs préconisent les techniques de cloisonnement, telle l'opération de LEFORT, mais celle-ci est à déconseiller car elle laisse subsister un col que l'on ne peut pas surveiller et elle est source d'incontinence urinaire.

4°/ Indications particulières en fonction des lésions associées

4.1. L'incontinence urinaire

L'incontinence urinaire accompagne le plus souvent le prolapsus du premier degrè et, en général, les cystocèles modérées. La guérison sera obtenue souvent par la simple cure du prolapsus avec une bonne périnéorraphie antérieure. La suture du fascia d'HALBAN servant de soutènement du col vésical et de l'urètre. Alors, dans ce cas, un temps spécial n'est pas nécessaire. Cependant, souvent, il faudra recourir soit à l'opération d'Emile PERRIN, soit à la technique de MARSHALL-MARCHETTI-KRANTZ, qui est une urétro-cervico-cysto-pexie rétro-pubienne par voie haute, qui sera toujours associée à une périnéorraphie postérieure qui permet d'avoir un plancher solide sous la vessie dans la cure du prolapsus réalisée par voie basse.

Parfois, cependant, on aura des incontinences après cure de prolapsus. Elles s'expliquent par la disparition de l'angulation cervico-urétrale d'une part et par l'atteinte des couches musculaires du sphincter urétral d'autre part. Pour y remédier on peut recourir soit à l'opération d'Emile PERRIN qui est une cervico-cystopexie, soit à l'opération de MARSHALL MARCHETTI.

4.2. L'élytrocèle pourra être traitée :

- soit par voie basse : après un décollement vagino-périnéal, puis recto-vaginal de LAWSON-TAIT. On dissèque et son résèque le sac herniaire formant l'élytrocèle, puis on suture des hémi-gaines pré-rectales et la myorraphie des releveurs. La colpectomie sera plus ou moins importante suivant que l'on veut garder ou non la fonction vaginale.

- soit par voie haute : en réalisant une résection du sac et un comblement du Douglas.

4.3. L'incontinence des matières par rupture du sphincter

L'essentiel est de reconnaître la rupture du sphincter. A partir du moment où elle est reconnue, une réparation visant à reconstituer la cloison recto-vaginale et le périnée postérieur sera associée à une reconstitution sphinctérienne. Les bases cliniques pour la mise en évidence de cette rupture ont été vues plus haut, mais nous les rappelons ici :

- La béance antérieure de l'anus ou des plis radiés sur une hémi-circonférence postérieure.
- La disparition de l'éperon périnéal remplacé par une bride cicatricielle plus ou moins épaisse.
- L'accolement de deux muqueuses vaginale et rectale.
- Enfin, la présence de deux petites fossettes latérales marquant sur la peau les extrémités du sphincter anal.

La rupture étant évidente, il faut, au cours de la cure du prolapsus, associer, après un décollement de LAWSON TAIT, une suture du sphincter anal après une bonne dissection et mise en évidence des deux bouts de la rupture sphinctérienne.

Suivant le cas, la muqueuse plus ou moins exubérante sera réséquée et suturée.

La peau péri-anale sera, le plus souvent, laissée libre pour éviter les suppurations.

4.4. Allongement du col

Beaucoup d'auteurs préconisent l'amputation du col mais il faut garder à l'esprit les inconvénients que celle-ci peut provoquer chez les femmes en période de fécondité. L'interruption précoce de la grossesse, les dystocies lors d'un accouchement ultérieur éventuel doivent pouvoir faire rejetter cette intervention chez les femmes jeunes désireuses d'avoir des enfants.
Par contre, chez les femmes ménopausées et très âgées, on ne peut laisser en place un organe toujours susceptible

d'une lésion ultérieure grave et même capable d'aggraver le prolapsus ; il faudra préférer l'hystérectomie avec reconstitution d'une voûte ligamentaire du fond vaginal.

4.5. Prolapsus après hystérectomie

Il faudra le traiter par voie basse :

a) si la femme a renoncé à la vie sexuelle on pratique le cloisonnement après cervicectomie, selon que l'hystérectomie antérieure a été totale ou non.

b) si la femme désire conserver sa vie sexuelle la cervicectomie sera complétée par une périnéorraphie antérieure et postérieure toujours accompagnée d'une colpectomie modérée.

Toujours par voie basse l'opération de BICKEL a été proposée, consistant à fixer les ligaments utéro-sacrés à l'ogive pubienne. Mais, dans certains cas où la perméabilité risque d'être compromise par la voie basse, la fixation du dôme vaginal ou disque lombo-sacré selon la technique de HUGUIER sera mieux adaptée.

4.6. Tumeur associée

a) Bénignes : le plus fréquemment rencontrées (myomes)

Selon que la femme a renoncé ou non à sa vie sexuelle on fera : soit une colpohystérectomie, soit une hystérectomie simple ou intra-fasciale ; l'importance du volume du myome indique la voie haute ou basse. Dans ce cas, il faut maintenir le fond vaginal amarré aux moignons ligamentaires liés entre eux, sans jamais oublier les temps antérieur et surtout postérieur.

b) Malignes :

- carcinome du vagin : la colpectomie totale est indiquée, associée à une hystérectomie vaginale avec comblement, suivie d'un curage ganglionnaire pour les tiers inférieurs et d'une radiothérapie.

- cancer du col utérin : il faudra recourir au traitement du cancer :
  . curithérapie
  . cobaltothérapie
  . colpohystérectomie par voie vaginale et lymphadénectomie iliaque et obturatrice extra-péritonéale ou intra-péritonéale.

- cancer du corps

  Packing curithérapique puis hystérectomie vaginale avec périnéorraphie antérieure et postérieure.

C O N C L U S I O N S

L'étude de 200 observations de prolapsus, recueillies à la Clinique Gynécologique de C.H.U. de Grenoble, (Professeur R. CONTAMIN) nous permet d'affirmer l'importance des techniques de la chirurgie vaginale pour leur traitement.

Notre étude comprend :

1°) Un rappel anatomique des éléments principaux de la statique pelvienne.

2°) Une étude physiopathologique et étiopathogènique des prolapsus génitaux.

3°) L'étude clinique de nos deux cents observations de prolapsus génitaux.

4°) Les moyens thérapeutiques montrant l'intérêt de la chirurgie vaginale, et en particulier de l'hystérectomie vaginale intra-fasciale.

5°) Et nous terminons notre étude en donnant les indications thérapeutiques pour rétablir la statique pelvienne quel que soit le degré des complications du prolapsus génital.

VU, et PERMIS D'IMPRIMER
GRENOBLE, le 9 mars 72

Le Président de Thèse,

signé: G.CABANEL

signé:

TABLE DES MATIERES

I	-	INTRODUCTION	page 2
II	-	RAPPEL HISTORIQUE	page 3
III	-	RAPPEL ANATOMIQUE	page 6
IV	-	PHYSIOPATOLOGIE et ETIOPATHOGENIE	page 18
V	-	ETUDE CLINIQUE DES PROLAPSUS GENITAUX	page 26
VI	-	ETUDE DE NOS OBSERVATIONS	page 43
VII	-	THERAPEUTIQUE	page 62
VIII	-	CONCLUSIONS	page 101

B I B L I O G R A P H I E

1) AMELINE A. HUGUIER J. SCALI P.
Présentation de documents et de films sur le prolapsus génital après hystérectomie.
Mémoire acad. chir. I957. 83-757

2) BARRAT
Prolapsus génital et fibrome utérin.
Etude générale à propos de 65 observations.
Thèse Méd. Paris I960

3) BERNARD P.
Les prolapsus génitaux.
Grenoble Médico-Chirurgical I5 juin I970 8 n° II 509 - 5I8

4) BERNARD P.
Contributions à l'étude de l'architecture fibreuse du petit bassin de la femme. (Implications chirurgicales).
Thèse Méd. Grenoble I969 n° 49

5) BETHOUX A. BORY HUGUIER J.
La vessie contrainte de l'incontinence d'effort.
Gynécologie et Obstétrique I964 63 - 593

6) BETHOUX A. LEMOINE J.P. VERDONCK G.
L'absentation opératoire dans les prolapsus vaginaux.
C.R. Soc. Franç. Gynec. Juin- octobre I970 40 n° 6 36I - 378

7) BETHOUX A. SCALI P. BLONDON J.
Physiopathologie et anatomie pathologique des prolapsus génitaux.
Rev. Prat. Paris 2I avril I97I 2I n° 12 I863 - I884

8) BRET J. BORDIAUX H.
A propos de la promonto-fixation
Rev. Prat. Paris I964 I4 n° 2I 364

9) BORNES J.
L'hystérectomie vaginale dans le traitement du prolapsus génital.
Congrès international jubillaire de la Soc. Franç. gynéc.
I952 22 p.43

10) BROCQ P. HOUDARD CL. WETTERWOLD F.
Traitement chirurgical des élytrocèles.
J. Chir. 70 n° 12 Déc. 1954 909

11) CALAS F. SARRAZIN R. BERNARD P.
Les hémi-gaines pré-rectales.
Communication n° 61 au Congrès International de Chirurgie de Léningrad. Août 1970.

12) CERBONNET G.
Examen clinique d'une femme atteinte de prolapsus génital.
Rev. Prat. Paris. avril 1971. T 21 n° 12 1887 - 1896

13) CERBONNET G.
Technique et indications de la suspension au promontoire dans la cure des prolapsus rectaux et vaginaux.
Entretiens de Bichat. (Chirurgie et spécialités)
1966. 189-192 Expression scientif. franç. Ed. Paris.

14) CERBONNET G. DAIMAS H. ROCHET Y. VAYRE P.
Prolapsus génitaux - Traitement chirurgical.
J. Chirurgie Juillet - Août 1970. 100 n° 12 83-100

15) CHABERT L.M.
Indications et résultats de l'opération d' Halban dans le traitement des prolapsus génitaux.
(A propos de 440 observations)
Thèse méd. LYON 1967 Lyon Médical 13 août 1967
98 n° 33 264 - 268

16) COGNAT H. ROCHET Y. CHABRIER J.
A propos de la voie haute dans le traitement chirurgical des prolapsus génitaux.
Lyon chirurgical. Janvier-Février 1971 67 n° 1 71 - 72

17) CONTAMIN R.
La technique de l'hystérectomie totale.
Iconographia chirurgica 41 20 E.M.C. 201 - 208 Ed. Paris.

I8) CONTAMIN R. FERRIEUX J. LORILLOU J.S.
La périnéorraphie antérieure et postérieure en 2 plans
Grenoble médico-chirurgical Janvier février I963

I9) CONTAMIN R. BERNARD P. FERRIEUX J.
Hystérectomie vaginale intrafasciale avec reconstitution de la paroi vaginale postérieure.
Gyn. pratique T 23 n° I I972

20) CONTAMIN R. FERRIEUX J. COUPRIE G.
De l'intérêt de la périnéorraphie en deux plans dans les gros délabrements du périnée postérieur.
Gynéc. Pratique I958 IX 4. 238 - 258

2I) CONTAMIN R. FERRIEUX J.
L'hystérectomie par voie abdominale
E.M.C. (Technique) Uro.Gyn. Fasc. 4I 600

22) CONTAMIN R. FERRIEUX J. MOULIN Cl.
La colpohystérectomie avec cloisonnement transversal dans le traitement du prolapsus génital de la femme âgée.
Rev. franç. de gynéc. et obst. an 6I déc. I966 n° I2 89I - 907

23) CONTAMIN R. FERRIEUX J. LORILLOU J.S.
Hystérectomie vaginale avec périnéorraphie antérieure et postérieure en 2 plans.
Rev. Franç. gyn. obst. déc. I96I n° II 685 - 72I

24) CONTAMIN R. BERNARD P. FERRIEUX J.
Utilisation des hémigaines pré-rectales dans l'intervention pour prolapsus génital.
Z. B. L. GYNAK. I4 aût I97I 93 n° 33 III3 - II20

25) CONTAMIN R. BERNARD P. CHABERT P.
Utilisation des hémigaines prérectales dans la reconstitution plastique de la cloison vaginale postérieure.
Bull. Féd. Soc. gyn. obst. de langue française T 22 5 b I970

26) CORDIER G. CABROL G.
Le fascia intervésicovaginal d'HALBAN.
Sa reconstitution, ses limites, ses corrections.
Soc. anatomique Ier juillet I954

27) CORDIER G. CHATAIN Y.
La gaine prérectale du rectum.
Comptes rendus de l'association des anatomistes
37e réunion Louvain avril I950 n° 6I 6I -65

28) CORDIER G. MALINAS Y.
Quelques précisions sur l'absence congénitale du vagin
(IO cas Personnels)
Compte rendu de l'association des anatomistes
Nancy I95I n° 66

29) CORDIER G. THOYER-ROZAT
A propos de IOO cas d'hystérectomie vaginale
Presse médicale 24 déc. I955

30) CORDIER G. THOYER-ROZAT
Incision vaginale dans la colpohystérectomie par voie
basse pour le traitement du prolapsus génital du 3e degré.
Presse médicale I957 65, 33, 766

3I) COUVES J.
Contribution à l'étude et au traitement des prolapsus
génitaux après hystérectomie.
Thèse méd. Paris I954

32) DELMAS H.
Le prolapsus de la femme âgée.
Rev. prat. Paris 2I avril I97I 2I n° I2 I969 - I974

33) DETRIE
Traitement des prolapsus génitaux après hystérectomie.
Presse méd. I2 mars I955 63 n° I9 378 - 379

34) GANDARD R. HUILLIER B.
A propos du traitement chirurgical du prolapsus génital.
Strasbourg méd. janvier I967 T 127 n° I - I5

35) GAUTHIER Cl. MALINAS Y.
Chirurgie gynécologique par la voie vaginale.
Ed. Maloine. Paris I969

36) GONNET J.
Conséquences obstétricales des ligamentopexies suivant la technique de Doléris - Pellanda
Rev. gynéc. obst. I948 Année 43 n° 43 janvier 27 - 34

37) GRANJON A. PARENT B.
Prolapsus et incontinence d'urine
Gynéc. et obst. 64 N° 2 I75

38) GUILLEMIN G. COUVELHIER H.
Les déformations vésicales et uréthrales dans les prolapsus génitaux.
Rev. Franç. gynéc. et obst. 43 Janvier I948 N° I 93 - I04

39) HERVET E. HUGUIER J.
La chirurgie du col au cours du traitement des prolapsus génitaux.
Bull. Féd. Gynéc. obst. I96I I3 sept. n° I bis 5I - 60

40) HERVET E. HUGUIER J.
Les résections et amputations du col (en particulier pendant la cure des prolapsus génitaux.)
Bull. féd. soc. gyn. obst. I96I I3 supplément n° I b 6I-9I

4I) HUGUIER J.
Pathogènie et formes anatomo-cliniques des prolapsus vaginaux.
Rev. prat. I958 8 - I0 I 039 - I064

42) HUGUIER J.
Anatomie des organes génitaux pélvi-périnéaux.
Nouveau traité de techniques chirurgicales. T XIV
Masson Paris P. 507

43) HUGUIER J. CERBONNET G.
Chirurgie de l'utérus.
Ed. masson Paris I967

44) HUGUIER J. KUNLIN A.
Les problèmes de l'incontinence d'urine
Rev. prat. Paris 2I an. I97I T 2I n° I2 I939 I948

45) HUGUIER J. SCALI P.
La suspension postérieure de l'axe génital au disque lombo-sacré dans le traitement de certains prolapsus.
Presse Méd. I958 66 78I

46) HUGUIER J. CERBONNET G. SCALI P. BETHOUX A.
La miction et ses troubles au cours des prolapsus génitaux.
mémoires acad. Chir. I964 3I6 - 3I8

47) LACHENY G.
Etude critique d'une série homogène de 50 interpositions vésico-vaginales.
Thèse méd. paris I963 n° 73

48) LASFOURGUES
A propos d'une statistique homogène des prolapsus génitaux.
Thèse méd. Paris I970 n°746

49) LE LIRZIN R.
Principes du traitement des prolapsus génitaux.
Vie méd. déc. I970 5I n° 39 5 329 - 5 34I

50) LE LIRZIN R.
Contribution à l'étude des prolapsus génitaux et de leur traitement chirurgical.
Thèse Paris.

5I) MAGENDIE J.
La triple opération périnéale dans les traitements des prolapsus génitaux.
Annales de chirurgie. 29 n° 3 Mai I953 I64 - I73

52) MARTIAL D.
L'obstérique et la gynécologie à la Renaissance.
Cahiers médicaux lyonnais

53) MATHIEU
Hystérectomie vaginale dans le traitement du prolapsus génital.
Lyon chirurgical 53 n° II nov. 1958

54) MAYER J.
Douleurs lombo-pelviennes et prolapsus génital
rev. prat. Paris 29 av. I97I 2I n° 12 I959 - I963

55) MEILLERE J.
Hystérectomie vaginale avec colpectomie totale dans la cure des prolapsus du 3e degré chez la femme âgée.
Journal de chirurgie oct. I962 84 n° 4 32I - 333

56) MERGER R.
Conduite à tenir devant un prolapsus génital.
Concours médical 6 juin I964 86 n° 23 377 - 378

57) MERGER R.
Prolapsus génitaux.
Rev. franç. gyn. et d'obst. juillet août I966 T 6I
n° 7 et 8 525 - 532

58) MERGER R. LEVY J. MELCHIOR J.
Traitement chirirgical des prolapsus génitaux.
Masson Paris I964

59) MUSSET R.
Prolapsus de la femme jeune et nouvelles maternités.
Rev. prat. Paris avril I97I 2I n° I2 I923 - 1926

60) MUSSET R.
Les indications thérapeutiques dans les prolapsus génitaux.
Semaine des Hôpitaux de Paris- 8 juin I964.

61) MUSSET R. POITOUT P.
Les prolapsus génitaux.
E.M.C. Gynécologie fasc. 290 - 110 6 I960

62) PALMER R.
Eupareunie et cure chirurgicale des prolapsus génitaux.
Rev. franç. gyn. et obst. 69 Juillet Août I954 216-222

63) PALMER R.
Le choix du procédé opératoire dans le traitement des prolapsus génitaux.
Assises françaises de gynécologie. Paris, Juillet I954.

64) PALMER R.
Opérations pour prolapsus et euparénie.
Rev. franç. gyn. et obst. 6I Juillet-Août I966 538

65) PELLET L.
Traité d'anatomie topographique.
Ed. DOIN. Paris I967. 307 - 326

66) POITOUT F. HOUDARD Cl. BOURDION P.
Résultats et indications thérapeutiques des prolapsus génitaux après hystérectomie.
Mém. acad. chir. I6 octobre I957.

67) POLLOSSON. MATHIEU.
Les prolapsus génitaux après hystérectomie.
Gyn. et obst. I954 53 n° 3 289 - 296

68) ROBERT H.
Radiologie et Laboratoire dans les prolapsus.
Rev. prat. 2I avril I97I T 21 n° 12 1899 - 1906

69) ROBERT H.
Nouveau traité de techniques chirurgicales.
T XIV Gynécologie. Masson Paris.

70) ROCHET Y.
Conduite thérapeutique pratique.
Pose et surveillance d'un pessaire.
Rev. prat. Paris 2I avril I97I T 21 n° 12 1951 - 1952

7I) ROCHET Y.
Métrorragies, pertes et prolapsus.
Rev. prat. Paris 2I avril I971 T 21 n° 12 I964 - 1967

72) ROCHET Y. COGNAT M.
Etude statistique de 246 interventions pour prolapsus génital.
Lyon chirurgical Juillet - Aoput I970 66 n° 4 279 - 285

73) ROMAN C.
Le prolapsus des nullipares.
A propos de I5 observations.
Bull. féd. soc. gyn. obst. Juin - août I969
2I n° 3 254 - 260

74) RUBIN (Cité par BETHOUX)
Résection et avancement paramétriques pour prolapsus complet. (proce dentia)
C.R. Soc. franç. gyn. I955 XXV 2 I04

75) SCALI P. BETHOUX A. BLONDON J.
Les incontinences urinaires d'effort secondaires à la chirurgie des prolapsus vaginaux.
Entretiens de Bichat. Chirurgie et spécialités.
I970. 327 - 330.

76) SHIRODKAR
Réorientation de nos idées sur l'anatomie des ligaments de l'utérus et nouvelles techniques opératoires pour le traitement des prolapsus utérins.
Rev. franç. gyn. obst. I954. 49 332 - 338
Assises franç. de gyn. I954. 4I n° 2 228

77) SOICHET S.
Correction chirurgicale du prolapsus génital total avec conservation de la fonction sexuelle.
J. obst. gyn. Juillet 1970. 36 n° 1 69 -75

78) TARANTO E.
Traitement intégral des fascia dans la cure des prolapsus génitaux.
Rev. franç. gyn. obst. I954 49 n° 7 & 8 I96 - 2I0

79) TAURELLE R.
Réflexion sur le traitement chirurgical des prolapsus génitaux.
Thèse med. Paris I969 n° 793

80) TESTUT L.
Traité d'anatomie topographique.
Ed. Doin. Paris I922 637 - 654

8I) TOURIS BARBIER J. GIRAUD J.R.
Anatomie chirurgicale du système génital de la femme.
E.M.C. "Techniques". fasc. 4I 505

82) THOYER ROZAT J.
La colpohystérectomie vaginale dans les prolapsus du 3e degré.
Bull. féd. soc. gyn. obst. franç. I965 I7 n° 5 bis,866

83) VAYRE P.
Orientation générale des indications thérapeutiques pour prolapsus génital.
Rev. prat. Paris. 2I avril I97I T 21 n° 12 I909 - I920

S E R M E N T D ' H I P P O C R A T E

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate.

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les moeurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai jamais de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobe et méprisé de mes confrères si j'y manque.

=-=-=-=-=-=-=-=-=-=-=-